

Б. А. Лебедев,
В. В. Дунаевский

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ

МЕДИЦИНА·1981



БИБЛИОТЕКА
СРЕДНЕГО
МЕДРАБОТНИКА

Б. А. Лебедев,
В. В. Дунаевский

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ



ЛЕНИНГРАД, «МЕДИЦИНА», ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, 1981

УДК 616.89-083
ББК 56.14

Лебедев Б. А., Дунаевский В. В. Психические расстройства и уход за больными. – Л.: Медицина, 1981. – 192 с.

Лебедев Б. А. – профессор, зав. кафедрой психиатрии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова; Дунаевский В. В. – канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии того же института.

В книге освещены задачи и особенности медицинской помощи, наблюдения и ухода за больными с психическими нарушениями. Изложение этих вопросов опирается на описание основных разделов общей и частной психиатрии, а также психогигиены, психопрофилактики и организации психиатрической помощи. Всесторонне рассматриваются обязанности среднего медицинского персонала в области профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, осуществляемых во внебольничных и больничных психиатрических и наркологических учреждениях.

Специальное внимание уделено роли медицинской сестры при проведении трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы. Приводятся краткие сведения об истории развития психиатрии и о правовых вопросах работы в психиатрических учреждениях. Значительное место отведено описанию психических реакций и нарушений психики, нередко развивающихся у больных соматическими заболеваниями, и связанным с ними особенностям работы в медицинских учреждениях общего профиля.

Издание предназначено для учащихся медицинских училищ, средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений и скорой помощи.

Книга содержит 2 таблицы.

Р е ц е н з е н т: профессор-консультант ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского *Ромасенко В. А.*

Л $\frac{51700-043}{039(01)-81}$ 219–81. 4118000000

ПРЕДИСЛОВИЕ

Советское здравоохранение проделало огромный путь развития и имеет достижения, высоко оцениваемые во всем мире. Бесплатность, общедоступность и эффективность профилактики и лечения в социалистическом государстве сочетаются с развитой и постоянно совершенствующейся системой медицинской помощи. Однако психология больного человека такова, что, заболев, он озабочен не столько общими вопросами развития здравоохранения, сколько уровнем квалификации, умением и знаниями тех конкретных медицинских работников, от которых непосредственно зависит восстановление его здоровья, а иногда и спасение его жизни.

В течение большей части суток в больнице, во время проведения разнообразных процедур, лабораторных и других исследований во внебольничных учреждениях средний медицинский работник является тем профессионально образованным человеком, с которым у каждого больного устанавливается тесный контакт и от которого он ждет помощи, сочувствия, поддержки. И если не всегда удается ликвидировать физические страдания лечебными мероприятиями, то очень важно освободить больного от сопровождающих их психических переживаний. Поэтому, помимо искусного владения практическими навыками, медицинский работник должен быть

чутким, внимательным, заботливым. Без этих человеческих качеств, в значительной мере определяющих нравственный облик медицинского работника, трудно, порой невозможно, а иногда и вредно работать с больными. Однако одних этих благородных качеств мало. Необходимы специальные знания, помогающие понять проявления, характер и глубину душевных страданий больного человека, способы, позволяющие облегчить их. Эти знания черпаются из изучения психиатрии – области медицинской науки и практики, охватывающей не только выраженные расстройства психики, по поводу которых больные госпитализируются в психиатрические больницы, где медицинские работники руководствуются специальными правилами наблюдения, лечения и ухода, но и слабо выраженные, иногда скрытые психические реакции, возникающие у больных практически любыми заболеваниями.

Все это определило предпринятую в настоящем пособии попытку изложить современные представления не только об обязанностях среднего медицинского персонала психиатрических лечебных учреждений, но и об особенностях психических нарушений при целом ряде соматических заболеваний, а также возникающие в связи с этим обязанности и особенности работы медицинской сестры лечебно-профилактических учреждений общего профиля.

За последние годы заметно увеличился объем работы, изменилась организационная структура психиатрических учреждений. В предлагаемой книге нашли отражение новые формы организации психиатрической помощи населению.

Принципы наблюдения и ухода за больными с психическими нарушениями систематически излагаются в соответствующих разделах и на конкретных примерах рассматриваются при освещении вопросов общей и частной психиатрии.

При подготовке настоящего пособия учтен опыт работы над аналогичными изданиями, в частности неоднократно переиздававшимся учебником Г. В. Морозова и В. А. Ромасенко, в котором излагается курс невропатологии и психиатрии для медицинских училищ.

Глава 1

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПРЕДМЕТЕ, ЗАДАЧАХ И ИСТОРИИ ПСИХИАТРИИ

В переводе с греческого языка слово «психиатрия» означает лечение психики (психе – душа, ятрео – лечить). Однако, как это часто бывает со старыми терминами, содержание этого понятия вышло далеко за рамки его буквального перевода.

В настоящее время, опираясь на марксистско-ленинское учение о развитии природы, общества и человеческого сознания, под психикой мы понимаем особое свойство высокоорганизованной материи – головного мозга – отражать объективную реальность. Отражение реальной действительности включает в себя ее восприятие, мыслительную переработку и активное на нее воздействие. В основе отражения лежат объективно существующие предметы и явления. Однако отражение этих предметов и явлений каждым отдельным человеком имеет субъективную окраску, поскольку процесс отражения в значительной мере зависит от индивидуальных особенностей человека, его знаний, умений, опыта и т. д. Правильность своих восприятий, суждений и умозаключений человек проверяет практикой.

Психические заболевания были известны человечеству давно, еще до зарождения научной медицины. Однако в течение многих веков считалось, что психические расстройства ограничиваются главным образом грубыми нарушениями психики, которые находят свое выражение в неправильных, ненор-

мальных восприятиях, суждениях, умозаключениях и переживаниях больных и в их поведении. Такие расстройства называются психозами (или психотическими расстройствами). Немногим более 100 лет назад было обращено внимание на то, что психические расстройства могут не достигать степени психоза и все же резко нарушать жизнедеятельность людей, проявляясь либо в чрезмерно увеличенных по силе или продолжительности психических реакциях в ответ на различные жизненные трудности, либо в виде дисгармоничного развития личности человека, когда отдельные черты его характера формируются неправильно, достигая патологической степени и затрудняя взаимоотношения этого человека с другими людьми. В отличие от психозов такие расстройства называют непсихотическими нарушениями психики.

Исходя из этого, в течение длительного времени психиатрия понималась как область медицинской науки и практики, занимающаяся изучением, диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний, выражающихся расстройствами психики. Однако, в дальнейшем рамки этого понятия расширились.

Оказалось, что целый ряд заболеваний внутренних органов и систем в своем происхождении связан с факторами, воздействующими на психику человека. Одним из первых ученых, установивших эту закономерность, был выдающийся терапевт Г. Ф. Ланг, сформулировавший нейрогенную теорию развития гипертонической болезни. В дальнейшем было установлено также, что почти любое заболевание внутренних органов в той или иной степени отражается на психической деятельности больного. Это зависит, с одной стороны, от того, что нарушения функций внутренних органов, изменяя обмен веществ в организме, вызывая изменения в кровоснабжении головного мозга и т. д., могут непосредственно влиять на протекание нервных процессов в мозге. С другой стороны, сам факт заболевания, возможность развития осложнений могут вызвать у больного пониженное настроение, тревожность, опасения за свою дальнейшую судьбу, т. е. целый ряд психических реакций, нередко тяжело субъективно переживаемых. «Каждый соматически больной есть в то же время больной психически, конечно, в широком понимании этого слова», – писал крупный советский психиатр П. Б. Ганнушкин.

Углубленное изучение и дальнейшая разработка перечисленных вопросов дали возможность более точно сформулировать понятие о предмете психиатрии.

В настоящее время под психиатрией понимают область медицинской науки и практики, занимающуюся изучением, диагностикой, профилактикой и лечением психических заболеваний, а также патологических реакций и состояний, возникающих при других заболеваниях, в происхождении, развитии и лечении которых психические факторы имеют важное значение.

Основные исторические этапы развития психиатрии. Для понимания современного состояния и возможностей психиатрии необходимо знать основные исторические этапы ее развития. Прежде всего, следует отметить, что история психиатрии наполнена борьбой между материалистическими и идеалистическими представлениями, и наибольшие достижения и прогресс психиатрии связаны именно с теми периодами, когда материалистические концепции становились ведущими в понимании происхождения и механизмов развития психических нарушений.

Начальный период – с древнейших времен до зарождения научной медицины – характеризовался примитивными представлениями о психических болезнях, происхождение которых связывалось с действием сверхъестественных сил (вселение в организм злых духов умерших родственников и т. п.). Организации помощи не существовало, а лечение сводилось к «изгнанию» духов из организма больного либо при помощи различных заговоров, либо при помощи кровопусканий, трепанации черепа и пр.

Второй период относится к развитию древней греческой и римской медицины (приблизительно с VI в. до нашей эры до III в. нашей эры). Психические заболевания стали рассматриваться как естественные проявления патологии организма. Отцу медицины – Гиппократу – принадлежит большая заслуга в том, что психические заболевания стали рассматриваться как болезни головного мозга, вызванные различными нарушениями в функциях организма. Соответственно этим представлениям стали разрабатываться методы лечения и формироваться гуманное отношение к психическим больным.

Прогресс греко-римской медицины сменился периодом упадка во времена средневековья, когда победу одержала реакционная святая инквизиция. Представления о психических заболеваниях были сведены на донаучный уровень. В религиозных изданиях стали публиковаться «труды», в которых причины психических заболеваний объяснялись колдовством, а людей, страдающих ими, обвиняли в связи с дьяволом и на этом основании подвергали жестоким пыткам, при помощи которых можно получать «признания». Нередко после истязаний «преступники» сжигались на кострах. Особенно большое распространение инквизиторская «охота за ведьмами» получила в странах Западной Европы. В 1515 г. в Женеве только за 3 мес было казнено свыше 500 «ведьм». Эти жестокие преследования и казни, которые проводились публично, без сомнения, могли лишь способствовать распространению тех психических нарушений, которые возникают под действием психотравм. Только

немногие врачи отваживались выступать против официальной политики церкви. Так, например, Парацельс писал: «Душевные болезни не имеют ничего общего с злыми духами или дьяволами; нужно изучать не то, как изгонять дьявола, а то, как лечить умалишенных, которые являются нашими больными братьями».

Следует отметить, однако, что волна террора в отношении больных охватила не все страны. Например, в России гуманное отношение к больным выражалось в том, что их помещали в монастыри, где им оказывалась посильная помощь, а участие в труде на многих из них влияло благотворно. В арабских странах начиная с VIII в. начали строиться дома для умалишенных – как тогда называли психиатрические больницы.

С окончанием мрачной эпохи средневековья создание домов для умалишенных стало распространяться и на другие страны, что свидетельствовало о наступлении третьего периода в истории психиатрии, характеризовавшегося начальными шагами в организации психиатрической помощи. До конца XVIII в. дома для умалишенных лишь частично можно было отнести к медицинским учреждениям, они в значительной степени напоминали тюрьмы того времени. Возбужденные больные часто приковывались цепями к стенам, помещались в изоляторы, подвергались телесным наказаниям.

Крупнейшее событие, которое изменило это положение, свершилось во время Великой французской революции. В 1793 г. французский психиатр Филипп Пинель снял цепи с душевнобольных в парижских психиатрических больницах Бесетр и Сальпетриер. Этот отважный гуманистический акт оказал влияние не только на больных, содержавшихся в них, которые стали спокойнее и упорядоченнее в поведении, но и на дальнейшее развитие психиатрии. Пинель и его ученик Эскироль наглядно продемонстрировали огромное положительное влияние гуманного отношения на состояние душевнобольных. Принципиально новым явилось то, что в каждом из своих пациентов они видели не только больного человека, но и человеческую личность. В 1839 г. английский психиатр Джон Конолли сделал еще один важный шаг вперед – обосновал и доказал на практике благотворное влияние на течение психических болезней системы «нестеснения». Согласно этой системе, запрещалось применение мер, ограничивающих физическую свободу больного в условиях психиатрического отделения и унижающих его человеческое достоинство. Постепенно система нестеснения стала распространяться в психиатрических больницах различных стран.

Четвертый этап развития психиатрии начался в середине XIX в. Он характеризуется возросшим интересом к научным исследованиям в области психиатрии, выделением психиатрии в качестве самостоятельного предмета.

В научной психиатрии стали преобладать материалистические представления о психических заболеваниях как болезнях головного мозга. Эти представления стали появляться и в учебниках по психиатрии (один из первых таких учебников был составлен крупным немецким психиатром В. Гризингером в 1845 г.).

В России первая кафедра психиатрии была создана в Военно-медицинской академии проф. И. М. Балинским в 1857 г. С самого начала работы этой кафедры ее сотрудники способствовали развитию как психиатрического образования, так и научных исследований. Руководившие кафедрой профессора И. П. Мержеевский, В. М. Бех-

терев внесли крупный вклад в понимание связи психических заболеваний с нарушениями функций внутренних органов, а также в изучение механизмов мозговой деятельности. Особенно большое влияние на развитие мировой психиатрической науки оказали великие русские физиологи И. М. Сеченов и И. П. Павлов, раскрывшие физиологические основы деятельности головного мозга в норме и патологии. Идеи и труды этих выдающихся ученых и до сих пор имеют большое значение для понимания нарушений высшей нервной деятельности и являются источником новых плодотворных научных направлений.

Успехи научных исследований в области психиатрии содействовали развитию и систематизации клинических представлений о проявлениях и течении психических расстройств. Появились возможности для создания научно обоснованной классификации психических заболеваний. Этот важный вклад в развитие психиатрии внес крупнейший немецкий психиатр Эмиль Крепелин. Психиатры многих стран обогащали психиатрию тщательными точными и всесторонними наблюдениями над психопатологической симптоматикой и течением заболеваний. Среди них отечественные психиатры — В. Х. Кандинский и П. Б. Ганнушкин; швейцарские психиатры — Э. Блейлер и К. Ясперс; французские психиатры — Б. Морель и В. Маньян; немецкие психиатры — К. Вернике и К. Бонгеффер; английский психиатр — Г. Модсли; австрийский психиатр — Т. Мейнерт и мн. др.

Очень большое влияние на развитие как отечественной, так и мировой психиатрии оказал С. С. Корсаков — создатель московской психиатрической школы. Выдающемуся клиницисту принадлежат классические описания многих психических заболеваний, в том числе и психоза, названного в честь него корсаковским. Он сделал очень многое для внедрения гуманного отношения к психически больным. Немало его учеников и последователей стали крупнейшими деятелями в различных областях психиатрии (В. П. Сербский, Н. Н. Баженов, П. П. Кащенко и ряд других).

Начало следующего этапа в развитии психиатрии относится к созданию и развитию советского здравоохранения. Великая Октябрьская социалистическая революция сделала возможными коренные изменения в организации психиатрической помощи. Вскоре после революции при Наркомздраве была создана психиатрическая комиссия, которая приступила к разработке принципов психиатрической помощи и конкретных путей осуществления психогигиены и психопрофилактики. Опираясь на присущие социалистическому здравоохранению принципы общедоступной и бесплатной медицинской помощи, психиатрическая помощь включила в себя следующие два принципа: децентрализацию и диспансеризацию.

Принцип децентрализации помощи означал отказ от существовавших раньше крупных изолированных психиатрических больниц в пользу максимального приближения психиатрической помощи к населению: началось создание менее крупных больниц, а главное — учреждений внебольничной помощи, расположенных в различных районах городов и областей.

Эти учреждения стали называться диспансерами, так как в основе их работы заложен второй из упомянутых принципов — принцип диспансеризации: активное выявление, активное наблюдение и активное лечение больных с психическими нарушениями. Для психически больных этот принцип имеет очень важное значение.

Благодаря наличию широких связей психоневрологических диспансеров со всеми другими медицинскими службами (поликлиниками, медсанчастями предприятий и учебных заведений и т. д.) и активности присущих ему функций, диспансер стал центром системы психиатрической помощи. В эту систему вошли взаимосвязанные между собой диспансер, психиатрическая больница, психиатрические отделения в общих больницах, санатории психоневрологического профиля, специальные школы и интернаты для детей, Дома инвалидов. Характерной особенностью стала ступенчатость в оказании помощи: больные поступают или переходят именно в те психиатрические учреждения, в которых им может быть оказана наиболее эффективная помощь. Созданная в нашей стране система психиатрической помощи в дальнейшем получила распространение и в других социалистических странах. Ее высокая эффективность признается и в капиталистических странах, однако там она не может быть развернута в силу организации системы здравоохранения.

Современный этап развития психиатрии характеризуется, помимо дальнейшего развития организации психиатрической помощи населению, внедрением в практику новых эффективных средств лечения и появлением качественно новых методов научных исследований в области психиатрии. Укрепились связи психиатрии с другими клиническими дисциплинами, а также с фармакологией, нейрофизиологией, биохимией, генетикой, медицинской психологией и другими науками. Одной из особенностей современного развития психиатрии является также ее дифференциация на относительно самостоятельные области, работа в которых требует, наряду с общепсихиатрическими, специальные знания и опыт. Можно выделить следующие основные разделы психиатрии.

Клиническая психиатрия изучает вопросы диагностики и лечения психических расстройств, в ней выделяют детскую психиатрию, гериатрическую психиатрию (заболевания людей пожилого и старческого возраста), судебную психиатрию, военную психиатрию и наркологию. Относительную самостоятельность приобретает и так называемая пограничная психиатрия, охватывающая изучение, диагностику и лечение непсихотических психических нарушений, в том числе и у больных различными соматическими заболеваниями.

Социальная психиатрия, в которую входят организация психиатрической помощи, изучение психической заболеваемости населения и влияния на нее различных внешних, в том числе и социальных, и внутренних факторов (эпидемиология психических расстройств),

психиатрическая трудовая экспертиза и вопросы социально-трудовой реадаптации больных.

К основным разделам психиатрии относится также направление, задачей которого является изучение биологических основ психических заболеваний путем научных исследований генетических, нейрофизиологических, биохимических, иммунологических и других фундаментальных механизмов, в значительной мере определяющих течение и исход этих заболеваний.

На вопрос о том, какая часть населения нуждается в психиатрической помощи, можно ответить следующими данными из материалов Всемирной организации здравоохранения: в мире насчитывается более 40 млн. людей, страдающих психозами, и в 2 раза больше – со стойкой утратой трудоспособности в результате наркоманий, алкоголизма, умственной отсталости и органических заболеваний головного мозга. Таким образом, только этот контингент людей – со стойкой утратой трудоспособности – составляет более 3 % населения земного шара. В некоторых странах психически больные занимают до 40 % всех больничных коек [1].

Дело, однако, не ограничивается только этими больными. Значительное количество людей имеют не стойкую утрату, а временное снижение трудоспособности в связи с психическими нарушениями, которые, к тому же, не вызывая значительного уменьшения трудоспособности, могут выражаться в плохой адаптации к условиям жизни, в трудностях, возникающих в общении с другими людьми.

По данным некоторых эпидемиологических исследований, общее количество больных с психическими нарушениями достигает 10–15 % населения. Так, например, в Англии количество больных составило 142 на 1000 населения. Тщательное изучение, проведенное в нашей стране под руководством проф. М. С. Бедного [2], показало, что распространенность неврозов занимает 3-е место среди всех болезней – после заболеваний периферической нервной системы и гипертонической болезни.

---

[1] Хроника ВОЗ. Женева, 1977, т. 31, № 10, с. 531.

[2] **Бедный М. С.** Демографические процессы и прогнозы здоровья населения. М., 1972.

Глава 2

ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

Психическая деятельность человека в норме представляет собой единство различных процессов: восприятия, памяти, мышления, эмоций, воли, влечений. При психических заболеваниях они могут ослабляться, усиливаться, извращаться в той или иной степени или форме – либо все, либо некоторые из них. При различных болезнях эти нарушения носят более или менее постоянный характер, что позволяет расценивать их как типичные проявления, признаки, характеризующие именно данную патологию. Признаки болезни называют симптомами. Знание психопатологических симптомов, умение их обнаружить и правильно квалифицировать позволяет оценить те или иные особенности психического состояния, вовремя распознать психическую болезнь, предвидеть возможные действия больных, назначить необходимое лечение.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЙ

Восприятие является одним из основных познавательных процессов, обеспечивающих отражательную деятельность. Процесс, при котором в головном мозге человека отражаются под влиянием внешних раздражителей отдельные свойства, признаки предметов или явлений, называется ощущением. Ощущения бывают различными: тактильными, вкусовыми, обонятельными, зрительными. Посредством анализаторов человек ощущает запахи, цвета, звуки и т. д. Наряду с патологическим усилением или ослаблением ощущений, у психически больных могут наблюдаться сенестопатии – разнообразные, крайне неприятные ощущения жжения, стягивания, давления, скручивания, покалывания, возникающие в различных частях тела или внутренних органах и не имеющие в качестве причины соматических нарушений.

Более сложным психическим процессом является восприятие, которое заключается не только в отра-

жении отдельных свойств предметов или явлений, но и предметов в целом. Восприятия всегда возникают в результате действия внешних раздражителей на наши органы чувств и включают в себя ряд ощущений. Например, восприятие дерева складывается из ощущений цвета, формы, размеров и т. д., однако при формировании этого образа в сознании человека устанавливаются связи не только между отдельными ощущениями, но и с предыдущим опытом, что делает возможным узнавание конкретного предмета. Следы восприятий фиксируются и сохраняются в мозге в виде временных связей. Эти следы образов, воспринятых когда-то в прошлом, называются представлениями. При каждом последующем восприятии происходит образование новых и возбуждение старых связей, что, с одной стороны, обеспечивает возможность узнавания уже известного образа, с другой – обогащает опыт человека новыми знаниями. Из сказанного следует, что восприятие тесно связано с функцией памяти.

К патологии восприятия относятся: 1) иллюзии; 2) галлюцинации; 3) психосенсорные расстройства.

Иллюзии представляют собой неправильные восприятия, при которых реальный объект не узнается, а вместо него воспринимается иной образ. Иллюзии подразделяются по органам чувств на слуховые, обонятельные, зрительные, тактильные и вкусовые.

При зрительных иллюзиях, например, висящее на вешалке пальто воспринимается больным как притаившийся убийца, пятна на простыне кажутся жуками, галстук на спинке стула – змеей; при слуховых – в разговоре соседей за стенкой больной «слышит» угрозы, брань в свой адрес, реплики случайных прохожих искаженно воспринимаются как оскорбления, обвинения, якобы относящиеся к нему. Важно помнить, что больные, не имея критики к своему состоянию, не осознают ошибочности, болезненности иллюзорных восприятий и ведут себя обычно в соответствии с содержанием последних. Так, например, больной, страдающий белой горячкой, расстреливает из ружья висящее в углу пальто, принимая его за проникшего в комнату бандита, в страхе выскакивает в окно, «слыша» в разговорах за дверью угрозы, обещания расправы или (что всегда следует иметь в виду) совершает встречную предупредительную агрессию.

Иллюзии (главным образом зрительные и слуховые) чаще всего наблюдаются при интоксикационных и инфекционных заболеваниях, но иногда встречаются и при различных других болезненных состояниях. Предрасполагающими условиями в этих случаях являются утомление, истощение, тревога, страх, а также снижение отчетливости восприятия окружающего, возникающее по любым причинам (плохое освещение, шум, снижение остроты зрения или слуха и т. д.).

Галлюцинации – это ложные восприятия, возникающие при отсутствии реального объекта.

Если при иллюзиях речь идет о нарушении узнавания действительно существующего предмета, то при галлюцинациях больной видит, слышит, осязает то, чего на самом деле в настоящий момент нет. Так же, как и иллюзии, галлюцинации по органам чувств подразделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные и вкусовые.

При инфекционных заболеваниях, острых интоксикационных психозах (например, при белой горячке) чаще наблюдаются зрительные галлюцинации. Содержание их может быть крайне причудливым, необычным. Больные «видят» страшные физиономии, несуществующих в действительности зверей, птиц, насекомых. Это могут быть отдельные предметы или их части либо целые картины, сцены (например, панорама поля боя, сцены ада со множеством бегающих, кривляющихся чертей, картины космических путешествий и т. п.). Бывает и так, что больные сами принимают участие в тех сценах, которые разыгрываются в их галлюцинаторных переживаниях, – от кого-то убегают, спасаются, что-то ловят.

Слуховые галлюцинации особенно часто наблюдаются при шизофрении, алкогольных галлюцинозах. При этом больные «слышат» какие-то звуки или человеческие голоса. Голоса могут быть мужскими или женскими, знакомыми и незнакомыми. Иногда больной слышит несколько голосов, иногда только один. Расстояние, с которого больной слышит голос, может быть различным: из-за стены, из соседнего дома, города, с другой планеты. По своему содержанию слуховые галлюцинации делятся на восхваляющие, осуждающие, обвиняющие, комментирующие, приказательные или императивные. Часто наблюдаются гал-

люцинации неприятного, устрашающего содержания. Голоса оскорбляют больного, дают ему обидные прозвища («онанист», «подонок», «предатель» и пр.), угрожают ему («отравлю», «допрыгаешься», «умрешь, как собака» и т. п.).

Наибольшую опасность как для больных, так и для окружающих представляют императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер. Больной слышит приказание молчать, нанести себе повреждение, увечье (например, вырвать глаз, отрезать половые органы), покончить с собой. Некоторые больные под влиянием императивных галлюцинаций отказываются от еды. Императивные голоса могут «заставить» больного совершить агрессию, убийство. Ввиду того, что больные с подобного рода переживаниями представляют большую опасность, они нуждаются в особо тщательном надзоре и уходе. Само собой разумеется, что такие больные должны быть немедленно госпитализированы в психиатрический стационар.

Обонятельные галлюцинации, как и слуховые, чаще встречаются при шизофрении и представляют собой мнимое восприятие обычно неприятных запахов (гниющего мяса, ядовитых газов, лекарств, гари). Нередко больные с обонятельными галлюцинациями, будучи убеждены, что пища, которую им дают, отравлена, отказываются от еды и поэтому нуждаются в особом уходе.

Галлюцинации подразделяются на истинные и ложные (псевдогаллюцинации). Псевдогаллюцинации были впервые описаны в конце XIX в. выдающимся русским психиатром В. Х. Кандинским. Этот симптом имеет важное значение для диагностики шизофрении.

Истинные галлюцинации характеризуются чувственной яркостью, больные не могут отличить их от реальных раздражителей (голосов, зрительных образов). Псевдогаллюцинации менее ярки, больные отличают их от реальных раздражителей. Истинные галлюцинации проецируются вовне: больные слышат голоса из угла своей комнаты, из-за стены, видят около себя животных, чертей и т. п. Псевдогаллюцинации проецируются внутри своей головы или тела. Кроме того, псевдогаллюцинации характеризуются признаком «сделанности»: больные утверждают, что видения,

голоса им «вкладывают» в голову, наводят, индуцируют.

Галлюцинации являются симптомами различных психических заболеваний. Об их наличии и содержании медицинский работник узнает либо непосредственно из беседы с больным, либо по косвенным признакам, путем наблюдения (иногда длительного) за поведением больного. Последнее имеет особое значение в тех случаях, когда психически больной по тем или иным причинам диссимулирует свои болезненные переживания, сознательно скрывая их от окружающих. Подобная установка может быть связана с отсутствием критического отношения к заболеванию и нежеланием лечиться, содержанием самих галлюцинаций, стремлением больного ускорить выписку и т. д.

Осуществляя наблюдение за такими пациентами, медицинский работник должен помнить о том, что галлюцинации, как расстройства процесса восприятия, обычно побуждают больных к характерным действиям. Например, чтобы не слышать содержания неприятных голосов, больные затыкают уши ватой или пальцами; одни недоуменно оглядываются по сторонам, другие внимательно прислушиваются, третьи напряжены, насторожены. Иногда больные с головой забираются под одеяло или совершают непонятные неожиданные поступки. При обонятельных галлюцинациях пациенты зажимают нос рукой, затыкают ноздри ватой, при телесных – чтобы «достать клещей», подрезают кожу бритвой или прижигают сигаретой. Чтобы защитить себя от действия тока, радиоволн, некоторые больные прошивают проволокой головные уборы, надевают на голову металлическую посуду, каски и т. п.

Психосенсорные расстройства представляют собой нарушения восприятий, при которых реально существующие объекты узнаются, но воспринимаются в искаженном виде.

При психосенсорных расстройствах искаженно может восприниматься либо собственное тело (явления деперсонализации), либо окружающие предметы (явления дереализации).

При *деперсонализации* больные воспринимают измененными либо собственное «я» (они, например, отмечают, что стали какими-то другими, изменились, утратили чувства), либо свое тело (размеры различных

частей тела воспринимаются увеличенными или уменьшенными). При *дереализации* измененными по величине, форме, окраске воспринимаются предметы, окружающие больного. К этой же подгруппе относятся симптомы «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», выражающиеся в том, что больной, попав в какую-либо новую ситуацию, воспринимает ее, как если бы он уже видел, слышал или переживал это раньше; и симптомы «никогда не виденного», «никогда не слышанного», «никогда не пережитого», при которых, напротив, хорошо знакомая ситуация воспринимается как совершенно новая.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Мышление – высшая форма познавательной деятельности, в процессе которой устанавливаются внутренние связи между предметами и явлениями окружающего мира. В отличие от восприятия, которое фиксирует лишь внешние связи, что доступно и животным, мышление является сугубо человеческой функцией. Мышление тесно связано с речью – важнейшим средством общения между людьми, благодаря чему возможна передача информации, знаний, опыта. Основной предпосылкой развития мышления и речи является трудовая деятельность. Процесс мышления включает в себя анализ, синтез, обобщение. Он осуществляется в основном в представлениях, суждениях, умозаключениях, понятиях.

О мышлении человека мы судим по его высказываниям, письму, деятельности. Точно так же для выяснения характера расстройств мышления необходима тщательная регистрация и точное описание поступков больных, находящихся на отделении, внимательное изучение различных заявлений, жалоб, писем и прочих документов, исходящих от больного; необходим также хороший контакт как обязательное условие доверительной беседы, позволяющей в ряде случаев без особого труда вскрыть содержание болезненных переживаний пациента.

Формальные расстройства. По форме выделяют следующие расстройства мышления.

Болезненно ускоренное мышление, которое характеризуется повышением темпа мыслительных процессов.

При этом течение мыслей подчас ускоряется настолько, что больные не успевают проговаривать их, выражать словами. В их речи опускаются, «проглатываются» предлоги, окончания, иногда слова и целые фразы. Это расстройство наблюдается при маниакальных состояниях.

При депрессивных состояниях наблюдается *болезненно замедленное мышление,* которое характеризуется бедностью ассоциаций, заторможенностью, застреваемостью.

Обстоятельность мышления заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных процессов, больным бывает очень трудно переключаться с одной темы на другую. Они не могут выделить главного, основного, застревают на незначительных деталях, мелочах. Наиболее часто симптом обстоятельности мышления встречается при эпилепсии и при органических поражениях головного мозга.

Резонерство – бесплодное рассуждательство, мудрствование, пустословие. Такое мышление характеризуется отсутствием определенного содержания, конкретности.

Разорванность мышления характеризуется отсутствием в речи больного логических связей между словами, грамматические связи при этом могут быть сохранены. Тем не менее речь больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, например: «Вы должны иметь в виду, что пустота – явление временное, это реакция кси, реакция магма, давление вещества на кору, мозг – это реакция ню» и т. п.

При *бессвязности мышления* отсутствуют не только логические, но и грамматические связи между словами. Речь больных превращается в набор отдельных слов или даже звуков: «...возьму сама...попаду...день-пень ах лень...ах, ах...ха-ха или хо...холодно, кто со мной...».

Патологические идеи. Помимо формальных расстройств мышления, выделяют патологические идеи. Наиболее часто наблюдаются бредовые и навязчивые идеи.

Бредовые идеи – это ложное, ошибочное суждение, умозаключение, возникающее на болезненной основе и недоступное критике и коррекции. Заблуждающегося,

но здорового человека рано или поздно можно либо разубедить, либо он сам поймет ошибочность своих взглядов. Бред же, являясь одним из проявлений расстройства психической деятельности, может быть устранен только посредством специального лечения.

По содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи можно разделить на три основные группы: преследования, величия и самоуничижения.

К группе идей преследования относятся бред отношения, отравления, воздействия и бред преследования:

бред отношения заключается в патологическом убеждении больного в том, что ряд окружающих его предметов, явлений, случайных событий имеет к нему непосредственное отношение: прохожие на улице перемигиваются по его адресу, смеются над ним; по радио и в телепередачах обсуждается его поведение, делаются определенные намеки; милицейская машина, останавливающаяся под окнами, указывает больному на «неотвратимость расплаты» и т. п.;

бред отравления, при котором больные уверены в том, что их собираются отравить и с этой целью «подсыпают в пищу яд», «подпускают в комнату газ через щель в стене», «лечат отравленными лекарствами», «рассыпают в комнате ядовитые порошки» и т. п.;

бред воздействия может иметь много различных вариантов, в зависимости от чего больные говорят о воздействии на них гипнозом, телепатией, колдовством, электричеством, атомной энергией и влиянии таким образом на их поведение, чувства, мысли;

бред преследования в собственном смысле означает патологическую убежденность в том, что «преследователи» находятся в непосредственном окружении больного, ходят за ним по пятам, следят, караулят под окнами и даже проникают в отделение. Больные, чувствующие себя объектом преследования, испытывающие страх, чувство опасности, побуждаются своим бредом не только к бегству, но и к активной защите от преследователей в виде агрессивного поведения. В связи с этим больные с бредовыми идеями преследования представляют опасность для окружающих.

Бредовые идеи величия так же разнообразны по содержанию: бред изобретательства, богатства, бред величия:

бред изобретательства – больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, изобрел вечный двигатель, открыл причину рака, изобрел «эликсир вечной молодости»;

бред богатства – больные заявляют, что владеют «несметными сокровищами», располагают средствами, превышающими «золотой запас Америки», обладают «всеми богатствами земли»;

нелепый бред величия особенно грандиозных масштабов (мегаломанический) – больные утверждают, что являются «главнокомандующими армий мира», что они управляют судьбами всех людей и народов, что все книги на Земле написаны ими, приписывают себе всемогущество и всесилие.

К бредовым идеям самоуничижения (депрессивный бред) относятся:

бред самообвинения, самоуничижения, греховности, виновности – группа клинически близких идей убежденности в своих мнимых ошибках, несуществующих грехах, несовершённых преступлениях. Больные заявляют, что они нанесли непоправимый вред государству, семье и должны понести тяжелое наказание. Бредовые идеи этой группы ведут к появлению суицидных мыслей, а иногда и попыток к самоубийству, в связи с чем эти больные нуждаются в особом надзоре;

ипохондрический бред выражается в ошибочных умозаключениях по поводу состояния своего здоровья, наличии болезненной убежденности в тяжелом заболевании (сифилисом, раком, «воспалением всех внутренностей»). Больные говорят о поражении отдельных органов или частей тела («сердце перестало работать, сгустилась кровь, кишечник сгнил, пища не перерабатывается и из желудка поступает через легкие в мозг» и т. п.). Иногда они утверждают, что умерли, превратились в «гниющий труп», погибли.

Следует отметить, что в содержании бредовых идей могут отражаться индивидуальные особенности больных, их профессия, знания, реальные опасения, бытовые ситуации, события общественной и политической жизни.

Все эти обстоятельства в некоторых случаях создают видимость правдоподобия и тем самым иногда затрудняют своевременное распознавание бреда.

Не всегда бредовые идеи высказываются больными активно; напротив, чаще они стремятся скрыть, диссимулировать свои патологические переживания. В этих случаях особое значение приобретает внимательное наблюдение за больным. Враждебность, подозрительность, недоверие, скрываемое стремление к самоубийству могут быть обнаружены по особенностям поведения больных, их мимике, интонациям голоса, содержанию писем к близким, родственникам, по разговорам с соседями по палате, с персоналом.

Навязчивые идеи – это непроизвольно возникающие мысли, болезненный характер которых больной понимает, но избавиться от которых не может. Следует отметить, что навязчивые идеи в чистом виде встречаются редко. Обычно они представлены в сочетании с навязчивыми страхами, действиями, влечениями и т. п. Подобно бреду навязчивые идеи овладевают сознанием больного, неотвязно преследуя его. Несмотря на критическое отношение и мучительные попытки избавиться от них, эти мысли появляются у больных вновь и вновь. Одни больные вынуждены постоянно размышлять над пустыми нелепыми вопросами, например о том, почему в неделе 7 дней, почему у людей носы разной формы и т. п. У других – навязчивые идеи могут иметь не только нелепое, но и крайне неприятное содержание – хульные мысли у верующих или навязчивые мысли о смерти ребенка у любящего отца. К навязчивым идеям относится также навязчивый счет, при котором возникает непреодолимое стремление считать пешеходов, освещенные окна в домах, складывать номера машин. Навязчивые мысли тягостны, они поглощают все внимание больных, изменяют их поведение, отнимают много сил на безуспешную борьбу с ними. Эти патологические идеи наблюдаются главным образом при неврозах, иногда при шизофрении. В легких формах они могут быть представлены и у психически здоровых.

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Память – это психическое отражение прошлого, способность фиксировать, сохранять и воспроизводить ранее воспринятое. Память тесно связана со всеми остальными психическими функциями.

Физиологической основой памяти являются следовые реакции в коре головного мозга – временные нервные связи, которые возникают между мозговыми клетками под влиянием внешних раздражителей. Надежность запоминания информации зависит от способности концентрировать внимание, от частоты повторений, от индивидуальных особенностей памяти.

Выделяют долговременную и кратковременную память. Информация, усвоенная в далеком прошлом, сохраняется надежнее. Этим объясняется, что при регрессе памяти (например, возрастном) сначала забываются события недавнего прошлого. Воспоминания же периода детства у большинства людей даже спустя много лет остаются яркими и живыми.

Индивидуальные особенности памяти колеблются в широком диапазоне; так, у одних людей преобладает зрительная, у других – слуховая память (например, иногда во время письма, чтобы вспомнить, как правильно пишется слово, его произносят вслух и вспоминают, у третьих – моторная.

Патологическое усиление функции памяти называется *гипермнезией.* При этом запоминание может оставаться на обычном уровне, а воспроизведение резко усиливаться. Подобное нарушение наблюдается в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, при эйфорических состояниях, шизофрении. В литературе описаны явления гипермнезии, наблюдавшиеся и у больных со сравнительно легкими расстройствами психики.

Патологическое снижение памяти называется *гипомнезией.* При этом расстройстве страдают обычно и запоминание, и воспроизведение. Больные забывают даты безусловно известных им событий (дата начала и окончания Великой Отечественной войны, дни рождения близких людей и (т. д.), содержание прочитанных книг, просмотренных кинокартин.

Амнезия – потеря памяти, отсутствие ее. В зависимости от того, какой отрезок времени выпадает

из памяти больного, выделяют ретроградную амнезию, при которой амнезируется (забывается) то, что предшествовало заболеванию. Например, больной с сотрясением мозга не мог в дальнейшем вспомнить, при каких обстоятельствах он получил травму, чем занимался в тот день. При антероградной амнезии из памяти больного выпадает отрезок времени после начала заболевания, судорожного припадка, мозговой травмы и т. п. Нередко имеет место сочетание ретро- и антероградной амнезии, в таком случае говорят о смешанной амнезии.

У больных со снижением памяти часто наблюдается симптом ложных воспоминаний – *псевдореминисценций,* при котором реальные события прошлого переносятся больными в настоящее. Например, на вопрос о том, чем больная занималась вчера, она сказала, что с большим удовольствием слушала «Пиковую даму» в театре им. С. М. Кирова. Другая пожилая больная, уже два года находящаяся в отделении, ответила на тот же вопрос, что доила корову, работала в поле, ходила по грибы.

Если ложные воспоминания больных носят фантастический, нереальный характер, говорят о *конфабуляциях.* В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии. Больные рассказывают о событиях, которые в реальности происходить не могли. Например, один из больных на отделении пожаловался врачу, что его заставили спать на полу, пытались затравить собаками, выгоняли на улицу. Подобные нарушения памяти наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Психическая деятельность человека, его реакции на окружающий мир всегда сопровождаются эмоциональными переживаниями. Эмоции и чувства определяют то или иное отношение личности к внешним и внутренним раздражителям, к представлениям и понятиям физического или социального порядка. Под эмоциями понимают субъективное переживание нашего отношения к миру и к самим себе.

В зависимости от состояния организма и характера действующих раздражителей возникают те или

иные чувства, которые, суммируясь, определяют собой эмоциональный фон или настроение. Особенности эмоциональных реакций в некоторой степени зависят также от врожденных свойств человеческой личности. Бывают люди от рождения веселые, жизнерадостные, общительные, бывают боязливые, флегматичные, замкнутые. У здоровых людей настроение в течение суток может колебаться в известных пределах.

Бурные и, как правило, кратковременные проявления эмоций называют аффектами (тревога, ярость, страх, экстаз). Обычно они сопровождаются выраженными вегетативными и двигательными реакциями.

Об эмоциональном состоянии судят по внешним признакам: мимике, движениям, действиям больного, по его вегетативным реакциям. Известно, что одни аффекты сопровождаются побледнением кожи вследствие спазма сосудов, другие, наоборот, – гиперемией; могут наблюдаться учащение сердцебиений или брадикардия, повышение потоотделения или сухость слизистых, изменение диуреза и т. д. Внешние проявления эмоциональных реакций во многом зависят от индивидуальных особенностей вегетативной нервной системы.

При психических заболеваниях наблюдаются различные аффективные расстройства.

Гипертимия – болезненно повышенное настроение, обычно сочетается с речевым и моторным возбуждением, стремлением к деятельности. Наиболее характерным этот симптом является для маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза, для определенной формы психопатии.

Эйфория – не только повышенное настроение, но и субъективно очень приятное, сопровождающееся переживанием удовлетворения, радости, когда все вокруг окрашено в светлые радужные тона, а жизнь кажется безоблачной. Не сопровождается ускорением мышления и стремлением к деятельности. Эйфория наблюдается при интоксикациях (например, алкогольной), инфекционных заболеваниях (например, при прогрессивном параличе), при органических поражениях головного мозга, травмах.

Гипотимия – болезненно пониженное настроение, состояние тоски, подавленности. На этом фоне у больных часто возникают мысли о собственной ник-

чемности, бесцельности жизни. Все представляется в самом мрачном свете. Гипотимия обычно сочетается с моторной и речевой заторможенностью. Наиболее характерным это состояние является для депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза, но наблюдается также и при депрессиях другого происхождения.

Тревога – чувство сильного волнения, беспокойства, возникающее нередко без внешнего повода (немотивированная тревога). Больные ждут, что с ними, близкими им людьми случится какое-то несчастье, неприятность. Как и при депрессии, здесь часто наблюдаются мысли о самоубийстве, в связи с чем больные представляют большую опасность главным образом для себя.

Состояния тревоги характерны для предстарческих психозов, встречаются при шизофрении, а также при неврозах.

Дисфория – немотивированное, обычно внезапно возникающее расстройство настроения тоскливо-злобного характера, когда больному все не нравится, все его раздражает. Недовольство окружающим возникает вне зависимости от внешних обстоятельств, и больной ищет только повод, чтобы «разрядиться», сорвать на ком-то свой гнев, ярость. Состояние дисфории часто сопровождается агрессивным поведением и поэтому очень опасно для окружающих. Оно наблюдается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, у психопатов.

Эмоциональная тупость, апатия выражается в постепенном ослаблении, обеднении эмоциональных реакций, вплоть до почти полного их исчезновения. В первую очередь страдают, как правило, высшие эмоции, появляется безразличие к профессиональной деятельности, к интересам семьи, близких людей, собственной личности, внешности. Больные, например, остаются совершенно безучастными, узнав о смерти родственника, им безразлична собственная судьба, их не тяготит пребывание в больнице, не интересуют сроки выписки. Такие больные не имеют планов на будущее.

Наиболее долго сохраняются эмоциональные реакции, связанные с инстинктами, в частности с пищевым. Этот вид нарушения эмоций наиболее типичен для шизофренического процесса.

РАССТРОЙСТВА ВОЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЛЕЧЕНИЙ

Под волей понимают осознанную и целенаправленную деятельность человека. Воля направлена на достижение целей, характеризующих деятельное существование человека как члена человеческого общества. Эта психическая функция возникла на основе труда под влиянием социальных условий и заключается в преодолении трудностей, препятствующих достижению поставленной цели.

Волевые процессы тесно связаны с интеллектуальной, эмоциональной и другими психическими сферами и реализуются в поведении человека, поэтому о воле мы судим по действиям, поступкам.

Деятельность, направленная на удовлетворение элементарных потребностей, связанных с инстинктами – пищевым, половым, и др. называется влечением.

В маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, а также у некоторых бредовых больных наблюдается симптом *гипербулии* – болезненного повышения волевой активности. Поведение маниакального больного характеризуется речевым и моторным возбуждением, энергичностью, однако целенаправленность при этом состоянии бывает крайне непостоянной. Бредовые больные, напротив, с большой настойчивостью добиваются достижения своих целей (пишут многочисленные жалобы, обращаются в десятки инстанций, отстаивая свою правоту, хотя речь идет о несуществующих нарушениях, мнимых болезнях, несостоятельных «изобретениях» и т. п. Их поведение, поступки при этом соответствуют не общепринятым представлениям, знаниям, опыту, а определяются расстройствами мышления, эмоций, патологическими идеями.

В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, а также при депрессиях другого происхождения наблюдается симптом *гипобулии* – болезненного понижения волевой активности. Больные не проявляют интереса ни к какой деятельности, часами сидят в одной позе, на вопросы отвечают тихим голосом, односложными фразами.

Понижение волевой активности может наблюдаться при органических, инфекционных заболеваниях го-

ловного мозга, а ее крайняя степень – *абулия* – наиболее характерна для шизофрении.

Извращения волевой деятельности представлены различными симптомами, которые в наиболее полном виде наблюдаются в рамках кататонического синдрома, но могут встречаться и по отдельности. С т у п о р состоит в общей двигательной заторможенности, оцепенении, объясняющемся развитием торможения в двигательных зонах коры головного мозга. Ступор обычно сопровождается утратой возможности речевого контакта – м у т и з м о м.

При ступоре наблюдается симптом к а т а л е п с и и, или восковой гибкости, который заключается в повышении мышечного тонуса, вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение. Поза при этом может быть самой нелепой, неудобной.

При э х о л а л и и больной повторяет вслед за окружающими слова, фразы, при э х о п р а к с и и копирует движения, жесты. Никакой осознаваемой цели больной этими действиями не преследует. То же самое касается симптома с т е р е о т и п и й – однообразного повторения одних и тех же движений (например, больной монотонно раскачивается из стороны в сторону, стереотипно вскидывает руку к голове, перебирает пальцами и т. п.).

Характерным кататоническим симптомом является н е г а т и в и з м, который заключается в немотивированном сопротивлении больного всякому действию. Различают активный и пассивный негативизм. При пассивном негативизме больной не выполняет просьбы. При активном негативизме он производит действия, противоположные инструкции: при просьбе вста́ть – садится; при просьбе сесть – встает; видя протянутую для приветствия руку, прячет свою за спину и т. п.

К извращению волевой деятельности относится также и м п у л ь с и в н о с т ь – больные неожиданно совершают поступки, действия, которые носят характер внезапных, не управляемых волей, двигательных актов. Они могут внезапно вскочить с постели, выбежать в коридор, разбить окно, ударить кого-либо. Объяснить в дальнейшем свое поведение больные обычно не могут. Импульсивные действия представляют большую опасность для окружающих и самих больных.

При различных психических заболеваниях – шизофрении, эпилепсии, психопатиях – наблюдаются **расстройства влечений,** при которых имеет место извращение пищевого, полового инстинкта, инстинкта самосохранения.

Дромомания – периодически возникающее непреодолимое стремление к бродяжничеству, скитаниям, путешествиям. Отправляясь в дорогу, больные не преследуют никаких определенных целей, не имеют конкретных планов.

Клептомания – немотивированное стремление к похищению предметов, вещей, принадлежащих другим людям. В отличие от воровства больные не стремятся при этом к обогащению за чужой счет. Похищенные предметы могут не представлять для больного никакой ценности, и в дальнейшем выбрасываются, дарятся, возвращаются потерпевшим.

Пиромания – немотивированное стремление к поджогам, которые производятся без цели причинить зло, нанести ущерб.

Извращение пищевого инстинкта реализуется в немотивированном отказе от еды и в стремлении к проглатыванию инородных тел (вилки, гвозди, булавки, расчески и т. п.). Больные с подобными нарушениями нуждаются в особом уходе и надзоре.

Половые извращения основаны на расстройстве полового инстинкта и сводятся к получению полового удовлетворения не от гетеросексуального (между мужчиной и женщиной) полового акта, а от иных действий (гомосексуализм, садизм, мазохизм, некрофилия, эксгибиционизм и др.).

ВНИМАНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

Направленность психики на определенные объекты, сосредоточенность на них называется вниманием. Выделяют два вида внимания: активное и пассивное. При пассивном (непроизвольном) внимании человек реагирует на окружающее без какого-либо волевого усилия, не ставит перед собой определенных задач, не преследует определенных целей. При активном (произвольном) внимании имеет место концентрация на сознательно поставленной цели, без чего достижение ее невозможно. Каждому хорошо известно –

для того чтобы успешно выполнять какую-либо работу, необходимо на ней сосредоточиться.

Нарушение активного внимания, его неустойчивость или *истощаемость* наблюдается при неврастении. Больные не могут себя заставить сосредоточиться на определенной деятельности, отвлекаются на посторонние мысли, выполняют работу механически и поэтому часто совершают ошибки.

При маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза отмечается повышение *отвлекаемости* внимания. Больной реагирует на все, что попадает в поле его зрения, берется за множество дел, однако ничего не доводит до конца. При депрессивной фазе, наоборот, больной не в состоянии переключиться с определенного круга мыслей, сдвинуться в своих переживаниях с одной точки.

ИНТЕЛЛЕКТ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

Интеллект не является самостоятельной психической функцией – это совокупный результат всех познавательных процессов, а также уровень способностей, потенциальных возможностей человека. Понятие интеллекта обязательно включает в себя возможность творческой социально полезной деятельности человеческой личности.

Расстройство интеллекта – *слабоумие* – может быть врожденным и приобретенным. Оно проявляется обычно в необратимых нарушениях различных познавательных процессов и, прежде всего, процесса мышления.

К врожденному слабоумию относят олигофрению, в основе которой лежит недоразвитие мозга.

Приобретенное слабоумие – деменция – возникает как результат органического поражения или атрофии мозгового вещества. Оно наблюдается чаще всего при старческих психозах, прогрессивном параличе, при тяжелых мозговых травмах, атеросклерозе сосудов головного мозга. Больные со слабоумием утрачивают способность логически мыслить, ориентироваться в окружающем и собственной личности, теряют критику к своим высказываниям, поведению. Это состояние обычно сопровождается грубыми нарушениями памяти.

СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Под синдромами понимают более или менее устойчивую совокупность внутренне связанных симптомов. Одни и те же синдромы могут наблюдаться в клинической картине различных заболеваний. С другой стороны, в течение одного заболевания часто имеет место смена синдромов. Правильная синдромологическая оценка состояния больного имеет большое значение в диагностической и лечебной работе, а также для выбора необходимого вида надзора и ухода.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Астенический синдром характеризуется повышенной утомляемостью и истощаемостью. Больные жалуются на слабость, раздражительность, отсутствие аппетита, плохой сон. Снижается работоспособность. Настроение неустойчивое, наблюдается слезливость, появляется чувство неуверенности в своих силах. Часто больные предъявляют жалобы на головные боли, головокружения. Астенический синдром встречается не только при различных психических заболеваниях, но и при большинстве соматических. Особенно характерным он является для неврастении.

Обсессивный синдром (навязчивые состояния) представлен различными болезненными состояниями (сомнениями, страхами, влечениями, действиями и т. д.), которые возникают у человека помимо его воли. При навязчивостях почти всегда имеется критическое отношение. Несмотря на это и при всем понимании нелепости своих опасений, действий, избавиться от них больные не могут. Наибольшее практическое значение имеют навязчивые страхи (фобии). По содержанию они могут быть самыми нелепыми: боязнь острых предметов, узких улиц или, наоборот, широких площадей, боязнь совершать что-то неприличное, преступное (например, убить своего единственного сына, громко закричать в театре, не удержать газы в кишечнике, находясь в общественном месте). Особую группу составляют навязчивые страхи заболеть тем или иным заболеванием — кардиофобия, канцерофобия. Больной хорошо понимает, что он со-

вершенно здоров, но навязчивые опасения не дают ему покоя.

Навязчивые влечения выражаются в появлении необычных неприятных желаний – схватить прохожего за нос, плюнуть в затылок сидящего впереди человека, выскочить на ходу поезда. Подобные навязчивости обычно не переходят в действия, но борьба с ними для больных тягостна и мучительна.

Навязчивые действия крайне разнообразны: зажмуривание глаз, шмыганье носом, обкусывание ногтей, покашливание. Сюда же относится и навязчивое чрезмерное мытье рук, продуктов питания.

Для **истерического синдрома** характерна эмоциональная неустойчивость. Поведение больных определяется скорее чувствами, настроением, чем рассудком, и носит черты демонстративности. Требуя к себе особого отношения, больные постоянно стремятся находиться в центре внимания, чем бы оно ни вызывалось. Наблюдается склонность к фантазированию, позерству, эксцентричности. Бурность, театральность характеризуют не только эмоциональные реакции этих больных в обычных состояниях, но и жалобы на различные неврологические и соматические расстройства, которые также часто наблюдаются при истерическом синдроме.

Астенический, обсессивный, истерический синдромы наиболее часто встречаются при неврозах, однако клинически идентичные им расстройства могут наблюдаться при большинстве заболеваний как психических, так и соматических. Для обозначения этих состояний обычно употребляют термин «неврозоподобные» (неврастеноподобные, истероподобные или истероформные и т. д.).

АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ

Маниакальный синдром характеризуется болезненно повышенным настроением, моторным и речевым возбуждением. Больные переоценивают свои возможности, часто высказывают идеи величия. Они активны, деятельны, однако деятельность их непродуктивна – начатое не доводится до конца. В мышлении также отсутствует упорядоченность, течение представлений ускорено. Легкую степень выраженности описанных

расстройств называют гипоманиакальным синдромом. Иногда на передний план выступают раздражительность, недовольство окружающим. В этих случаях говорят о синдроме гневливой мании.

При **депрессивном синдроме** болезненно пониженное настроение, как правило, сочетается с моторной и речевой заторможенностью. Больные испытывают тягостное чувство подавленности, тоски. Прошлое и настоящее представляется им в мрачном свете. Часто на этой почве возникают бредовые идеи самоуничижения, виновности, которые ведут к суицидным мыслям и действиям. Характерными для депрессии являются нарушения сна, отсутствие аппетита, запоры.

Тревожно-депрессивный синдром представляет собой сочетание депрессивного настроения с аффектом тревоги. При этом больные могут быть очень беспокойны, мечутся, заламывают руки, громко стонут. Вместо моторной заторможенности здесь наблюдается психомоторное возбуждение (ажитированная депрессия), резко увеличивающее возможность реализации суицидных мыслей. Этот синдром характерен для больных с пресенильными психозами.

Часто тревожность наблюдается как одно из ведущих расстройств при неврозах, а также при заболеваниях внутренних органов.

Апатический синдром выражается в обеднении эмоциональных реакций, снижении интереса к окружающему. Больные становятся безразличными к профессиональной деятельности, близким, друзьям. Целыми днями они могут лежать в постели, не стремясь ни к какой деятельности. Наиболее долго сохраняются эмоциональные реакции, связанные с инстинктами (например, пищевым). Апатический синдром характерен для шизофрении.

БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ

Паранойяльный синдром характеризуется систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства. Суждения и умозаключения больных внешне производят впечатление вполне логичных, однако они исходят из неверных посылок и ведут к неверным выводам. Этот бред тесно связан с жизненной ситуацией, личностью больного, либо измененной

психическим заболеванием, либо являющейся патологической от самого рождения. Галлюцинации обычно отсутствуют. Поведение больных с паранойяльным бредом характеризуется сутяжничеством, кверулянтскими тенденциями, иногда агрессивностью.

Галлюцинаторно-параноидный синдром включает в себя бредовые идеи преследования, воздействия, сочетающиеся с галлюцинациями. Больные слышат брань, угрозы в свой адрес, заявляют о том, что за ними следят, собираются убить. Часто они испытывают различные неприятные ощущения, говорят о «воздействии аппаратов, радиоволн, космических лучей, о воздействии гипнозом» и т. п. Их поведение может быть неадекватным. Одни испытывают панический ужас перед преследователями, другие пытаются спастись бегством, третьи – в порядке самообороны могут предпринять встречную предупредительную агрессию. При большой остроте переживаний подобные больные представляют большую опасность для себя и окружающих. Галлюцинаторно-параноидные синдромы встречаются как при экзогенных, так и при эндогенных психозах. При шизофрении часто наблюдается один из наиболее типичных вариантов галлюцинаторно-параноидного синдрома – *синдром Кандинского – Клерамбо*, который складывается из псевдогаллюцинаций, бредовых идей преследования, воздействия и психических автоматизмов. Симптом психического автоматизма заключается в том, что чувства и действия больных переживаются не как произвольные, а как навязанные извне.

Парафренный синдром представлен сочетанием систематизированного бреда преследования и величия с явлениями психического автоматизма и псевдогаллюцинациями. Все переживания больных отмечены признаком масштабности, фантастичности. Нередко указанные расстройства сочетаются с повышенным настроением.

СИНДРОМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ступорозные состояния характеризуются частичной или полной обездвиженностью. Наиболее часто встречается психогенный, депрессивный и кататонический ступор.

При *психогенном ступоре* наблюдаются заторможенность, мутизм, отказ от еды. Больные обнаруживают полную безучастность к происходящему вокруг, однако упоминание о психотравмирующей ситуации, вызвавшей ступор, может повлечь за собой изменения в состоянии больного. Он может расплакаться, покраснеть или побледнеть и т. п.

При *депрессивном ступоре* поза больного, мимика выражают крайнюю степень отчаяния, скорби. Попытки установления контакта достигают цели лишь с большим трудом. На многократно повторяемые вопросы больные отвечают шепотом, односложно, иногда чуть заметным кивком головы или движением век давая понять, что слышат собеседника. Часто наблюдается отказ от еды. Депрессивный ступор может внезапно сменяться «взрывом тоски» (раптусом). При этом больной может вскочить и в состоянии возбуждения нанести себе тяжелые увечья или реализовать суицидные мысли. Депрессивный ступор наблюдается чаще всего при маниакально-депрессивном психозе.

Кататонический ступор выражается в полной обездвиженности, причем поза, в которой находится больной, может быть самой необычной, неудобной. Иногда больные неподвижно лежат в постели в так называемой «эмбриональной позе» – на боку, с согнутыми и прижатыми к туловищу руками и ногами, с закрытыми глазами. Неподвижность сопровождается обычно полным молчанием (мутизмом), отказом от еды. В таких случаях приходится кормить больных искусственно. Наблюдаются симптомы восковой гибкости, пассивного и активного негативизма. Ступор может длиться от нескольких часов до многих месяцев. Кроме шизофрении, кататонический ступор наблюдается при инфекциях и интоксикациях.

Состояния двигательного возбуждения. Наиболее часто в повседневной практике встречаются состояния маниакального и кататонического двигательного возбуждения.

При *маниакальном возбуждении* больные проявляют повышенную речевую и двигательную активность. Их деятельность целенаправлена, имеет понятные мотивы, однако в связи с повышенной отвлекаемостью ни одно из начинаний не доводится до

конца. Резко возрастает темп речи, причем иногда это достигает такой степени, что контакт почти полностью утрачивается. Больные пропускают отдельные слова и целые фразы, речь их производит впечатление бессвязной.

Кататоническое возбуждение отличается от маниакального хаотичностью, немотивированностью, нецеленаправленностью. Оно может выявляться в ограниченном объеме – при полной неподвижности туловища больной совершает стереотипные движения руками, нелепо гримасничает, спонтанно выкрикивает отдельные слова. Высказывания больных носят разорванный характер. Состояние кататонического возбуждения может возникать, внезапно сменяя собой состояние кататонического ступора, в связи с чем должны соблюдаться особые правила ухода и надзора за кататоническими больными.

Гебефренное возбуждение так же, как и кататоническое, встречается при шизофрении. Оно характеризуется манерностью, дурашливостью. Больные кривляются, гримасничают, показывают язык, без причины смеются. Их речь может быть нечленораздельной, походка – вычурной, позы – неестественными. Иногда больные агрессивны.

СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ

Судорожные припадки делятся на эпилептические и истерические.

При **эпилептическом судорожном припадке** больной внезапно теряет сознание, отмечаются задержка дыхания, асфиксия. Больной падает, часто с криком, лицом вперед. Вслед за этим начинается тоническое сокращение всей мускулатуры тела, как поперечнополосатой, так и гладкой. Иногда наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Через 30–40 с тонические судороги сменяются клоническими с попеременным преобладанием тонуса то в группах сгибателей, то в группах разгибателей. Фаза клонических судорог продолжается 1–2 мин. Часто припадок завершается сном. После пробуждения больные не в состоянии вспомнить о том, что с ними было. При эпилептическом припадке рефлексы, в том числе и реакция зрачков на свет, отсутствуют.

Истерический припадок чаще возникает в связи с внешними воздействиями (в связи с конфликтной ситуацией, ссорой и т. п.). В отличие от эпилептического припадка сознание здесь полностью не утрачивается. У больных можно определить отдельные рефлексы – сухожильные, глазные. Реже наблюдаются травмы в момент падения. Больные сохраняют возможность до некоторой степени реагировать на окружающее. Так, сочувствие посторонних наблюдателей может активизировать действия больного. Поведение носит черты демонстративности – больные катаются по полу, рвут на себе одежду, заламывают руки. Продолжительность истерического припадка сравнительно большая (до нескольких часов). Обычно сохраняются отдельные воспоминания.

СИНДРОМЫ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Сознание – это высшая форма отражения реальной действительности, присущая человеку. В клинике психических болезней о состоянии сознания судят по наличию возможности ориентироваться в окружающем (в месте, времени, окружающих лицах) и в собственной личности. Предпосылкой сознания является максимальная функциональная активность всех отделов головного мозга и главным образом его коры.

Нарушения сознания условно подразделяются на состояния выключения и состояния помрачения сознания.

Синдромы выключения сознания. *Оглушение* характеризуется повышением порога восприятия. По этой причине ответные реакции у больных вызываются только раздражителями большей, нежели обычно, силы. Вопросы, адресуемые больным, приходится повторять по нескольку раз, произносить их громче обычного. Контакт устанавливается с трудом и в ограниченном объеме. Больные вялы, заторможены, безучастны, дезориентированы. Их мимика бедна, ответы односложны или сбивчиво-противоречивы, они не в состоянии сконцентрироваться на предмете разговора. Оглушение может продолжаться в течение нескольких часов, дней и больше. В дальнейшем больные лишь частично могут рассказать о том, что с ними было.

Сопор представляет собой более глубокую степень торможения коры головного мозга, когда больные совершенно не реагируют на словесные раздражители. Безусловные рефлексы, в том числе болевой, зрачковый, корнеальный, у них сохранены. При этом больные либо сохраняют полную неподвижность в постели, либо совершают бессмысленные движения.

Из всех состояний выключения сознания наиболее тяжелым и глубоким является *кома*, при которой отсутствуют как условные, так и безусловные рефлексы, за исключением сердечного и дыхательного. Нередко выявляются патологические рефлексы. Выражены вегетативные расстройства – нарушения дыхания, сердечной деятельности.

После выхода больного из состояния сопора и комы отмечается полная амнезия. Все вышеописанные стадии выключения сознания можно наблюдать в обратном порядке при выведении больного из коматозного состояния.

Наиболее часто состояния выключения сознания встречаются при мозговой травме, тяжелых интоксикациях, инфекционных заболеваниях (пневмонии, тифе), инсультах, опухолях мозга, эпилепсии, а также при заболеваниях внутренних органов и кровопотерях.

Синдромы помрачения сознания. *Делириозный синдром* характеризуется нарушением ориентировки в окружающем (месте, времени) при сохранности ориентировки в собственной личности. Одним из основных симптомов делирия являются яркие зрительные, а также слуховые и тактильные галлюцинации. Больные переживают целые сцены, в которых воспоминания о действительных событиях причудливо перемешиваются с галлюцинаторными образами, чаще устрашающего содержания. Эмоциональная сфера обычно характеризуется аффектами страха, тревоги, чему соответствуют бредовые идеи отношения, преследования. Больные ведут себя в соответствии с испытываемыми патологическими переживаниями, не удерживаются на месте, возбуждены, беспокойны. Побуждаемые бредовыми идеями и галлюцинациями к неадекватному поведению, они могут быть опасны для себя и окружающих. Делириозное состояние продолжается от нескольких часов до нескольких дней. К вечеру и ночью обычно наблюдаются обострения, днем же

оно может перемежаться состояниями ясного сознания и наличием критического отношения к своим переживаниям. По окончании делирия воспоминания сохраняются лишь частично. Помрачение сознания делириозного типа наблюдается при травмах, инфекциях, интоксикациях.

Аментивный синдром представляет собой более тяжелое состояние помрачения сознания, при котором страдает ориентировка не только в окружающем, но и в собственной личности. При аменции больные утрачивают способность устанавливать связи между окружающими явлениями и предметами. Они растеряны, иногда выглядят удивленными, испуганными. В отличие от делирия возбуждение у аментивных больных не имеет большой остроты и обычно ограничено пределами постели. Могут наблюдаться отрывочные галлюцинации, чаще слуховые. Продуктивный контакт с больными установить невозможно. Речь их бессвязна. Аменция может продолжаться до нескольких недель или месяцев. При улучшении состояния в дальнейшем наблюдается полная амнезия. Аментивное состояние встречается при тяжелых хронических инфекциях, интоксикациях на фоне истощения реактивности, снижения защитных сил организма.

Онейроидный синдром характеризуется наличием фантастического бреда, ярких грезоподобных галлюцинаций. Все переживания больных необыкновенно красочны, причудливы. Они видят себя путешествующими в космосе, в других мирах, на других планетах, в других исторических эпохах. В отличие от делирия, где больные ведут себя в соответствии с характером болезненных переживаний, при онейроиде чаще наблюдается обездвиженность. Больные в течение длительного времени могут находиться в состоянии ступора, неподвижно лежа в постели или застывая в нелепых позах с блаженной улыбкой на лице. Изредка могут возникать состояния психомоторного возбуждения. Обычно имеет место нарушение ориентировки в окружающем и в собственной личности. Находясь в больнице, больной чувствует себя космонавтом, совершающим полет на Марс и т. п. По выходе из состояния онейроида больные могут вспомнить свои переживания и рассказать о них. Онейроидное состояние продолжается дни, недели и наи-

более часто наблюдается при шизофрении, энцефалитах, интоксикациях.

Сумеречное помрачение сознания выражается во внезапно возникающем резком сужении поля сознания. Различают галлюцинаторно-параноидную форму и амбулаторные автоматизмы.

При галлюцинаторно-параноидной форме поведение больных определяется содержанием галлюцинаторных и бредовых переживаний. Внешне оно может выглядеть упорядоченным, целенаправленным. Часто возникают тревога, страх, напряженный аффект злобы, беспричинной ярости. Под влиянием галлюцинаторных и бредовых переживаний, аффективных расстройств больные могут совершать бессмысленные жестокие поступки, бывают агрессивны, опасны для окружающих. С ними невозможно установить контакт, их ответы бессвязны, непонятны. Сумеречное состояние длится от нескольких минут до нескольких дней, заканчивается внезапно, иногда переходя в глубокий сон. Никаких воспоминаний о пережитом обычно не остается.

К амбулаторным автоматизмам относятся сомнамбулизм и транс — сумеречные состояния без продуктивной симптоматики (без бреда, галлюцинаций, аффективных нарушений). Сомнамбулизм (лунатизм) возникает во время сна. Ночью больной поднимается с постели и совершает ряд иногда довольно сложных автоматических действий: одевается, бродит по комнате, поднимается на чердак дома или выходит на улицу, после чего обычно возвращается в постель и продолжает спать. В своих действиях больные не отдают себе отчета, а проснувшись, ничего не помнят.

Транс возникает в бодрствующем состоянии. Больной совершает целенаправленные действия, о которых в дальнейшем не помнит. Так, он может оказаться на другом краю города, куда-либо уехать.

Сумеречные состояния наиболее характерны для эпилепсии, черепно-мозговых травм, патологического опьянения. Сумеречные расстройства сознания могут иметь место и при истерии, однако в этих случаях частично сохраняется возможность ориентироваться в окружающем, а в дальнейшем не наблюдается полной амнезии.

КОРСАКОВСКИЙ (АМНЕСТИЧЕСКИЙ) СИНДРОМ

Для этого синдрома характерно нарушение запоминания текущих событий (фиксационная амнезия). Больные не в состоянии запомнить, как зовут лечащего врача, чем они занимались несколько минут назад, кто их навещал. Больные забывают и поэтому на знают, где они находятся, не могут назвать число, месяц, иногда год (амнестическая дезориентировка). Память на прошлые события остается более или менее сохранной, однако часто наблюдается перестановка событий во времени, и тогда возникают ложные воспоминания (псевдореминисценции). Характерными для этого синдрома являются также конфабуляции. Впервые синдром был описан при алкоголизме С. С. Корсаковым как особая форма алкогольного психоза (корсаковский психоз), однако нередко он встречается и при других заболеваниях – черепно-мозговой травме, инфекциях, атеросклерозе сосудов головного мозга, при старческих психозах.

СИНДРОМЫ СЛАБОУМИЯ

Приобретенное слабоумие (деменция), или стойкое снижение интеллекта, является исходом многих, преимущественно органических, заболеваний головного мозга и имеет при этом свои особенности. Если избирательно страдает одна из функций, обеспечивающих интеллектуальную деятельность (например, функция памяти), деменцию называют *лакунарной*, или амнестической, которая часто встречается при сосудистых заболеваниях головного мозга. При лакунарной деменции в значительной мере сохраняются основные свойства личности и критика к заболеванию. Если имеется стойкое и значительное снижение функции во всех сферах психической деятельности, деменцию называют *глобарной*, или тотальной. Для тотального слабоумия характерны прогрессирующие изменения личности, отсутствие критики к заболеванию. Примером может служить так называемая сенильная деменция или слабоумие при прогрессивном параличе.

Глава 3

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Нарушения психики могут проявляться в виде патологических психических реакций и психических заболеваний (болезней).

Психика – это отражение мозгом реальной действительности. В основе мозговой деятельности лежит рефлекс, т. е. реакция, возникающая в ответ на действие раздражителей, поступающих из внешней среды или внутренних органов. Психическая реакция на тот или иной раздражитель зависит как от силы и качества этого раздражителя, так и от особенностей реагирующей системы, которой является человек со свойственными ему биологическими (биохимическими, физиологическими) и психологическими (личностными) особенностями реагирования.

Нормальная ответная психическая реакция должна быть адекватной раздражителю, т. е. соответствовать ему по значению, силе и продолжительности. Однако нередко ответная психическая реакция может быть неадекватной, приобретая болезненные, патологические черты в виде чрезмерной выраженности и длительности или извращенной направленности. Такого рода патологические реакции часто развиваются в ответ на возникновение какого-либо заболевания внутренних органов. Возникнув как ответная реакция, они могут влиять на течение основного заболевания, нередко осложняя его, поэтому знание разновидностей и особенностей психических реакций на заболевание необходимо каждому медицинскому работнику.

Советский терапевт Р. А. Лурия на основе многолетних наблюдений за больными, страдавшими различными заболеваниями, разработал понятие о **внутренней картине болезни**. Под «внутренней картиной болезни» понимается то субъективное представление, переживание, которое возникает у больного в ответ на имеющееся у него заболевание. Внутренняя картина болезни – это сама болезнь плюс страх. Возникающие у больного тревоги, опасения, страхи связаны с ожиданием неблагоприятных проявлений, течения и последствий заболеваний. Умение помочь больному

преодолеть подобные переживания не только является долгом медицинского работника, но и характеризует его профессиональное мастерство.

Выделяются психологический тип переживания болезни и патологические типы реакций. К психологическому типу переживания болезни относят не выходящие за пределы нормы психические реакции на болезнь – по существу, «внутреннюю картину болезни», которая проявляется в жалобах и поведении больных в виде сниженного настроения, иногда со склонностью к тревожности, иногда – раздражительности, а также либо в некоторой демонстративности, стремлении к преувеличению жалоб, либо в виде беспечного настроения со склонностью к преуменьшению значения имеющегося у них заболевания.

В рамках патологического типа реакций рассматриваются тревожно-депрессивные, ипохондрические, истерические и некоторые другие. В отличие от нормальных психологических реакций патологические реакции ярче выражены, нередко начинают занимать самодовлеющее место, оттесняя на задний план жалобы, связанные с проявлениями основного заболевания. Характерно несоответствие их выраженности с динамикой течения основного заболевания. Так, например, они могут уменьшаться при ухудшении общего состояния и, напротив, усиливаться при его улучшении. В переживаниях этих больных обычно находят отражение какие-то дополнительные конфликтные ситуации со значимыми для больного людьми или в области жизненно важных интересов, которые либо возникли, либо обострились в результате развившегося у них основного заболевания. По существу, эти реакции относятся к невротическим, и для их лечения необходимо применение специальных психотерапевтических методов.

Классификация психических заболеваний. К классификации психических заболеваний можно подойти с нескольких точек зрения.

Если рассматривать психические заболевания с точки зрения их происхождения (этиологии), то условно можно выделить три основные группы:

1) эндогенные психические заболевания, происхождение которых преимущественно связано с внутренними, наследственными факторами (шизофрения, ма-

ниакально-депрессивный психоз, старческое слабоумие и др.);

2) экзогенные психические заболевания, в происхождении которых ведущая роль принадлежит внешним вредностям (инфекционные, интоксикационные, посттравматические психозы); близко к ним стоят и соматогенные психозы, возникающие в связи с соматическими заболеваниями;

3) психогенные психические заболевания, в происхождении которых преимущественную роль играют психотравмирующие факторы (реактивные психозы, неврозы).

Для учета заболеваемости и распространенности психических болезней, для изучения причин, влияющих на эти показатели и для сравнения их в различных странах существует Международная классификация болезней и причин смертности (МКБ). Эта классификация разрабатывается в рамках Всемирной организации здравоохранения, пересматривается и утверждается каждые 10 лет на специальной конференции, в которой принимают участие представители стран — членов ВОЗ. В настоящее время действует 9-й пересмотр МКБ. V раздел МКБ отведен для психических заболеваний. В нем выделены 3 класса психических расстройств: психотические расстройства, психические расстройства непсихотического характера и умственная отсталость (олигофрения). В каждом классе выделено по 10 групп заболеваний, имеющих наибольшую распространенность или важное значение в клиническом, социальном и научно-исследовательском планах. Страны — члены ВОЗ берут на себя обязательства регистрировать все случаи психических заболеваний в строгом соответствии с этой классификацией. Для облегчения статистической обработки каждой группе заболеваний, входящих в классификацию, присвоен цифровой шифр, состоящий из 3 знаков. Этот шифр и развернутое наименование болезни должны выноситься на первую страницу обложки каждой болезни или амбулаторной карты, заполняемых на больных.

Поскольку, однако, количество разновидностей психических заболеваний значительно больше, чем то, которое может быть зарегистрировано при трехзначной кодировке, в классификации предусмотрены не

обязательные для международной регистрации, но желательные для использования в различных странах дополнительные возможности для регистрации отдельных заболеваний. В этих случаях в шифр вводится четвертый цифровой знак, отделяемый от первых трех (обязательных) цифр точкой. Кроме того, каждая страна в случае необходимости может ввести для учета и пятый знак шифра для употребления в пределах своей территории.

В качестве примера приводится выдержка из МКБ-9.

Раздел V. *Психические расстройства*

290 Сенильная и пресенильная деменция
290.0 Сенильная деменция
290.1 Пресенильная деменция
291 Алкогольный психоз
291.0 Белая горячка
291.1 Психоз корсаковский
291.2 Другие алкогольные психозы
291.3 Алкогольная паранойя
291.9 Другие и неуточненные алкогольные психозы

Течение психических заболеваний. Психические заболевания делятся на собственно психические болезни и на патологические состояния. В течении психической болезни, как и всякой другой болезни, можно выделить несколько периодов: начальный, период развернутых клинических проявлений и исход. В отличие от этого патологические состояния представляют собой, по существу, малообратимый дефект психики, своеобразное психическое уродство, которое, хотя и может быть компенсированным или декомпенсированным, характерно для больного на протяжении всей его жизни. Наиболее яркими примерами патологических состояний являются врожденная умственная отсталость (олигофрения), в основе которой лежит недоразвитие головного мозга, и группа психопатий, представляющих собой своеобразные уродства характера.

В собственно психических болезнях различают несколько основных типов течения:

— *прогредиентное течение* — поступательное, прогрессирующее развитие заболевания с постепенной трансформацией клинической картины от менее сложных к более сложным психопатологическим синдро-

мам. Такой тип течения характерен для шизофрении, эпилепсии;

— *регредиентное течение* — развитие заболевания с постепенным уменьшением психопатологической симптоматики даже при отсутствии лечения. Такой тип течения характерен, например, для психических нарушений при травмах головного мозга;

— *непрерывное течение* — развитие заболевания при отсутствии тенденции к самопроизвольно (спонтанно) возникающим перерывам в проявлениях психопатологической симптоматики (хотя под влиянием терапии такие перерывы могут и наступать);

— *приступообразное течение* — развитие заболевания с более или менее длительными периодами, когда психопатологическая симптоматика значительно редуцируется или даже отсутствует полностью.

Приступообразный тип течения заболеваний, в свою очередь, может быть разделен на две разновидности: прерывистое течение и фазное течение.

Прерывистое течение характеризуется многократным возникновением приступов заболевания (рецидивами), которые сменяются ремиссиями — периодами, когда основная психопатологическая симптоматика уменьшается, но остаются симптомы, свидетельствующие о наличии определенного психического дефекта — либо эмоционально-волевого, либо интеллектуально-мнестического. Прерывистое течение встречается при некоторых формах шизофрении и психозов на почве органического поражения головного мозга.

Фазное (периодическое) течение характеризуется многократным возникновением приступов заболевания (в этих случаях называемых фазами), которые сменяются периодами полного отсутствия психопатологических симптомов. Такие периоды называются светлыми промежутками. Подобный тип течения характерен для маниакально-депрессивного психоза.

Исходы психических заболеваний. Как и при любых других заболеваниях, исходы психических болезней могут быть благоприятными и неблагоприятными. Представления о том, что психические заболевания не имеют благоприятного исхода, ошибочны. Даже у медицинских работников психиатрических больниц

иногда существует искаженное представление о принципиально неблагоприятном течении психических болезней. Это объясняется тем, что у наиболее тяжелых больных заболевание нередко рецидивирует. Следует, однако, учитывать, что в больницах находится лишь небольшая часть – около 12–15% к общему количеству больных. С другой стороны, больные, однократно перенесшие заболевание и выздоровевшие, исчезают из поля зрения медицинского персонала стационаров, а впечатления формируются на основе многократных госпитализаций одних и тех же больных, количество которых, в общем, довольно ограниченно.

К благоприятным исходам относится выздоровление больного, под которым следует понимать не только полную ликвидацию психопатологической симптоматики, но и восстановление трудоспособности и приспособления к жизни. Это, однако, не всегда зависит от самого больного: микросоциальная среда, в которой он живет; трудности взаимоотношений; непонимание, даже со стороны близких людей, тех сложных проблем, с которыми сталкивается выздоравливающий человек; иногда бытовые и производственные трудности – все это задерживает процесс полного восстановления психического здоровья.

В задачу медицинских работников психиатрических – больничных и диспансерных – учреждений входит не только ликвидация психопатологической симптоматики у больного, но и оказание ему помощи в «возвращении в жизнь», а для этого требуется оказать все доступное влияние на ту среду, в которой больной, перенесший психическое заболевание, будет жить. Социалистическая система здравоохранения создает для этого все возможности, закрепленные, в частности, в правах и обязанностях, возложенных на психоневрологические диспансеры.

К неблагоприятным исходам психических заболеваний относятся:

– *развитие дефекта психики*, снижающего или даже лишающего больного трудоспособности, изменяющего его личность до степени, препятствующей его адаптации к полноценной жизни в обществе. Эмоционально-волевые дефекты могут развиваться при шизофрении; интеллектуально-мнестические – при органиче-

ских заболеваниях головного мозга в связи с сосудистыми заболеваниями, черепно-мозговыми травмами, тяжелыми инфекционными и интоксикационными психозами, а также при ослабоумливающих заболеваниях позднего возраста;

— *частое рецидивирование* психических заболеваний, которое, хотя и не обязательно, приводит к дефекту психической деятельности, но в связи с необходимостью частых госпитализаций лишает больного возможности устойчивого приспособления к жизни. Этот тип течения может встречаться при различных психозах;

— *патологическое развитие личности* (психопатизация) после перенесенного психоза также может достигать степени, препятствующей адаптации больного в обществе;

— *смертность,* которая связана главным образом с сопутствующими заболеваниями. В целом, смертность при психических заболеваниях невысока. Она составляет 5—6% к общей смертности населения. Благодаря успехам медицинской науки и практики, она резко снизилась за последние десятилетия. И все же некоторые проблемы еще не разрешены и продолжают вызывать беспокойство. Это относится к высокому показателю смертности при остром алкогольном психозе — белой горячке. Другой важной проблемой являются самоубийства, значительная часть которых связана с психическими заболеваниями. Благодаря огромным социальным преобразованиям и эффективной организации внебольничной помощи, в нашей стране этот показатель значительно ниже, чем в развитых капиталистических странах, где смертность в связи с самоубийствами занимает 3—5-е место среди всех причин смертности.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

При инфекционных заболеваниях чаще встречаются расстройства психической деятельности легкой степени, чем непосредственно психозы. Это обстоятельство свидетельствует о том, что, помимо этиологического фактора (особенности той или иной инфекции), большое значение в происхождении инфекционных психозов имеют условия, в которых развивается болез-

ненный процесс. При наличии соматической ослабленности, хронических интоксикаций, мозговых травм заболевание возникает чаще. Особенно часто инфекционные психозы наблюдаются у детей. Имеют значение также наследственность, конституция. Нарушения психической деятельности при инфекционном заболевании могут быть обусловлены как воздействием микроорганизмов (бактерий, вирусов) на центральную нервную систему, так и действием на мозг продуктов их жизнедеятельности – токсинов. Поскольку развитие психического расстройства является осложнением основного заболевания (ревматизма, пневмонии, тифа), инфекционные психозы называют симптоматическими. При этом часто можно установить самую тесную связь между глубиной и выраженностью соматических и психических нарушений. Хорошо, например, известно, что широкое применение антибиотиков и других современных антибактериальных средств позволяет значительно снизить частоту симптоматических проявлений со стороны психики.

Давно было замечено, что при различных инфекционных заболеваниях возникающие нарушения психической деятельности имеют сходную клиническую картину. Сравнительно узкий круг синдромов, характеризующих эти психозы, обычно называют «экзогенным типом реакции». Для всех инфекционных психозов является характерным наличие астении, которая выражается в постепенном снижении активности, появлении раздражительной слабости, слезливости. На этом фоне в дальнейшем может возникнуть состояние нарушенного сознания в форме оглушения. У больных затрудняется ориентировка в окружающем, значительно повышается порог восприятия для всех раздражителей. Речь их становится бессвязной. Больные находятся как бы в полусне. Контакт неустойчивый. Темп мышления замедлен, ассоциации образуются с трудом. Воспоминаний о периоде оглушения обычно не остается. При утяжелении состояния оглушение может переходить в сопор, кому и даже кончаться летальным исходом.

Наиболее часто инфекционные психозы, особенно в детском и молодом возрасте, протекают с картиной делириозного синдрома. Особое внимание в этих случаях должно быть обращено на борьбу с воз-

буждением, которое усугубляет имеющийся астенический фон и ведет к резкому истощению всех соматических и психических функций. При неблагоприятном течении помрачение сознания сменяется сопорозным, а затем коматозным выключением его и заканчивается смертью при явлениях прогрессирующей сердечно-дыхательной недостаточности. Значительно чаще, спустя несколько часов, дней, делирий завершается, хотя еще в течение длительного времени может наблюдаться выраженная астения с отрывочными бредовыми высказываниями на этом фоне. В таких случаях говорят о резидуальном (остаточном) бреде, к которому появляется критика после ликвидации астении. Психозы, протекающие с картиной инфекционного делирия, обычно имеют хороший прогноз и заканчиваются полным выздоровлением.

Другим наблюдающимся при инфекционных заболеваниях синдромом является аментивный. Он обычно возникает в случаях затяжного злокачественного течения соматического заболевания с последовательным упадком, истощением защитных сил организма, в пожилом возрасте. Продолжительность аментивного состояния исчисляется неделями, иногда – месяцами. Никаких воспоминаний о периоде помраченного сознания в дальнейшем обычно не остается. В целом, прогноз инфекционных психозов, протекающих с картиной аменции, неблагоприятен.

Если заболевание не заканчивается смертью по причине соматических расстройств, в дальнейшем наблюдаются более или менее выраженные психоорганические изменения.

Изредка при острых инфекционных психозах отмечается сумеречное состояние сознания, протекающее по галлюцинаторно-параноидному типу. Сумеречные состояния имеют продолжительность до нескольких дней. Завершаются внезапно, обычно после сна. Отмечается полная амнезия.

Описанные синдромы нарушенного сознания наиболее часто встречаются при острых инфекционных психозах, которые в своем обратном развитии проходят через так называемые постинфекционные состояния. В периоде реконвалесценции у этих больных наблюдается постинфекционная астения. Реже

отмечаются расстройства памяти в виде кратковременной ретроградной или антероградной амнезии.

Некоторые инфекционные заболевания приобретают затяжное и хроническое течение. В этих случаях при незначительном улучшении соматического состояния синдромы нарушенного сознания могут сменяться другими более легкими синдромами. Иногда с самого начала могут возникать затяжные психозы, протекающие без расстройств сознания. Клиническая картина таких инфекционных психозов весьма полиморфна. В одних случаях на передний план выступают депрессивные колебания настроения с чувством тоски, слезливостью, бредовыми идеями отношения, отравления; в других – преобладают параноидные расстройства с иллюзорными и галлюцинаторными восприятиями, бредом преследования, воздействия. Общей чертой является выраженность астенического фона, раздражительной слабости, ипохондрических нарушений.

Исходами затяжных инфекционных психозов могут быть разные степени выраженности корсаковского и психоорганического синдрома. Эти состояния свидетельствуют о диффузном органическом поражении головного мозга и носят необратимый характер. Наиболее часто они возникают при внутричерепных инфекциях (менингитах, энцефалитах) или при общих инфекциях, осложненных церебральным поражением.

Медицинским работникам необходимо знать не только общие особенности инфекционных психозов, но и специфические черты, характерные для клинической картины некоторых из них.

Бешенство. Продромальный период через 3–8 нед после укуса больным животным выражается в чувстве недомогания, раздражительности, беспокойстве. Начало болезни характеризуется резким повышением чувствительности ко всем раздражителям. Снижается настроение, появляются тревога, безотчетный страх. В дальнейшем присоединяются судороги, спазмы, возникающие под влиянием внешних воздействий (яркий свет, резкие звуки, различные запахи). Наблюдается гидрофобия или «водобоязнь» – спазмы мышц глотки, пищевода при попытке сделать глоток воды. В разгаре болезни, наряду с тоническими и клоническими судорогами, отмечаются сумеречные расстройства со-

знания с выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью, импульсивным поведением. Нарушения моторики характеризуют и терминальную — паралитическую — стадию болезни, протекающую обычно при ясном сознании.

Пневмонии. Наиболее часто психозы наблюдаются при крупозной пневмонии. Обычно психическое состояние больных утяжеляется к вечеру и ночью. Наблюдаются нарушение ориентировки, галлюцинации, больные порываются бежать куда-то, их «тянет» к окну, дверям. В тяжелых случаях делириозные расстройства сознания могут быть и в дневное время. В легких случаях чаще имеют место галлюцинаторная спутанность, абортивные формы делириозного синдрома.

У лиц, злоупотребляющих алкоголем, психозы при пневмонии протекают тяжелее.

Эпидемический или летаргический энцефалит. Заболевание протекает в 2 стадии. В остром периоде наблюдаются (помимо характерных неврологических симптомов) делириозные или делириозно-аментивные состояния с тревогой, резким возбуждением, особенно в ночное время, типичные нарушения сна. В дальнейшем иногда после продолжительной ремиссии заболевание вступает во II стадию, которая характеризуется явлениями паркинсонизма. У больных наблюдаются замедление речи, моторики, амимия. На этом фоне отмечаются различные гиперкинезы: тремор конечностей, судорожные подергивания, импульсивные действия. Обычно имеют место психосенсорные расстройства, прогрессируют психопатоподобные изменения личности. Описанные клинические особенности эпидемического энцефалита связаны с необратимым поражением подкорковых мозговых узлов. Иногда у этих больных вторично возникает эпилепсия.

Больные нуждаются в строгом надзоре и тщательном уходе. Под влиянием бредовых переживаний и галлюцинаций больные могут причинить себе увечья, выброситься из окна. Они, как правило, отказываются от еды и быстро худеют. Для ухода за такими больными необходимо выделить круглосуточный пост младшего медицинского персонала.

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

При сифилитической инфекции могут поражаться все органы, в том числе головной мозг. Выделяют две формы, которые, хотя и вызываются одним и тем же возбудителем, значительно отличаются как по времени своего возникновения, так и по особенностям клинических проявлений: 1) сифилис мозга; 2) прогрессивный паралич.

Сифилис мозга является более ранней формой нейролюэса, развивается обычно спустя 3–5 лет после заражения при условии недостаточного специфического лечения или его отсутствии. Он характеризуется первичным поражением сосудов головного мозга, его оболочек, образованием гумм в мозговом веществе.

При сифилитическом воспалении мозговых оболочек развиваются менингиты, менингоэнцефалиты. При поражении сосудов возникают патологические изменения в их стенках (очаги размягчения, кровоизлияния, разрывы), в результате чего нарушается кровоснабжение мозговой ткани. Иногда наблюдаются инсульты.

Сифилис является системным заболеванием, поэтому при сифилисе мозга, наряду с расстройствами психической деятельности, отмечаются неврологические и общесоматические нарушения. Характерными неврологическими симптомами являются постоянные головные боли, головокружения, рвота, разнообразные очаговые знаки: синдром Аргайла – Робертсона (отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности реакции на аккомодацию и конвергенцию), анизокория, птоз века, косоглазие, снижение слуха. Могут наблюдаться также агнозия, апраксия, моно- и гемиплегии.

Соматическая симптоматика представлена сифилитическим поражением различных органов: печени, аорты (сифилитический аортит) и др.

Психопатологические нарушения при разных формах и вариантах течения выражаются неврозоподобными расстройствами (эмоциональной неустойчивостью, утомляемостью, плохим сном и т. п.), галлюцинаторно-параноидными картинами, патологией сознания, явлениями психоорганического синдрома.

Сифилитический менингит может носить подострый и хронический характер, но обычно представлен острыми формами. На фоне резкого повышения температуры отмечаются симптомы раздражения мозговых оболочек (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и т. д.), общецеребральные явления в виде головных болей, головокружений, тошноты, рвоты. Может также наблюдаться очаговая неврологическая симптоматика. В тяжелых случаях уже на ранних этапах болезни возникают оглушение и другие формы расстройств сознания – делириозные, делириозно-аментивные, онейроидные состояния. При остро протекающем заболевании реакция Вассермана в ликворе, как правило, положительная. При хроническом течении вышеописанные симптомы выражены нерезко.

Галлюцинаторно-параноидная форма характеризуется постепенным развитием. Наряду с неврологической симптоматикой, отмечаются расстройства восприятия и мышления. Галлюцинации – обычно слуховые – имеют неприятное содержание, монотематический характер, плохо поддаются лечению нейролептиками. Бредовые идеи чаще всего представлены идеями преследования, воздействия, реже – иного содержания (самообвинения, величия и т. д.).

Врожденный сифилис наблюдается у детей, родившихся от больных сифилисом родителей. Могут встречаться те же клинические формы, что и у взрослых. Однако чаще при внутриутробном заражении плода на передний план в клинической картине выступают симптомы задержки, нарушений в развитии различных органов, в том числе и головного мозга. Характерными соматическими признаками врожденного сифилиса являются седловидный нос, изменение формы костей черепа, голеней, неправильный рост зубов. Недоразвитие мозга проявляется в различных степенях слабоумия, наблюдаются симптомы очагового поражения нервной системы.

Л е ч е н и е проводится специфическими противосифилитическими препаратами, а также пенициллином. Курсовая доза пенициллина – 10 000 000 ЕД. Бийохинол (препарат висмута) вводят внутримышечно по 2 мл через день или по 3 мл через 2 дня. Перед употреблением препарат подогревают и взбалтывают. На курс – 50 мл. Новарсенол разводят перед самым

употреблением, вводят внутривенно очень медленно, постепенно наращивая дозу от 0,15 до 0,6 г (для мужчин) и 0,45 г (для женщин). На курс – 4,5–5 г. В случае назначения препаратов висмута необходимо следить за состоянием полости рта, так как при этом могут развиваться стоматиты. В связи с возможными осложнениями со стороны почек производятся повторные исследования мочи.

Помимо специфической терапии, одновременно проводится общеукрепляющее лечение.

Прогрессивный паралич в связи с резким снижением заболеваемости сифилисом и активным его лечением в нашей стране встречается редко. Заболевание развивается позднее – спустя 10–15 лет после заражения. Если при сифилисе мозга первично поражаются сосуды и оболочки, то при прогрессивном параличе первично страдает главным образом мозговая паренхима. На передний план выступают дегенеративные, атрофические изменения нервной ткани (клеток и волокон), хотя имеют место и воспалительные процессы в оболочках и сосудах головного мозга. Прогрессивный паралич чаще наблюдается у мужчин, заболевают им обычно в возрасте 40–50 лет. В происхождении заболевания важную роль играют предрасполагающие факторы: хроническая алкогольная интоксикация, инфекции, мозговые травмы. Чаще болеют лица, уклонявшиеся от лечения сифилиса или недостаточно лечившиеся.

Клинические проявления прогрессивного паралича имеют свои особенности. В зависимости от преобладания тех или иных нарушений психической деятельности выделяют 4 формы заболевания: простую (дементную), маниакальную (экспансивную), депрессивную и ажитированную. Общим для всех форм является прогрессирующий распад психики, нарастающее слабоумие.

В течении прогрессирующего паралича выделяют 3 стадии. Первая – неврастеническая (неврозоподобная) – характеризуется повышением утомляемости, снижением интереса к работе, нарастающей вялостью, расстройствами сна, головными болями. Уже в этой стадии появляются типичные изменения личности. Больные становятся расторможенными, циничными, хвастливыми, неряшливыми. Установлению правиль-

ного диагноза помогают исследования крови и ликвора, положительный синдром Аргайла – Робертсона, повышение сухожильных рефлексов (с обеих сторон).

В стадии расцвета прогрессируют изменения личности, наблюдается та или иная продуктивная психопатологическая симптоматика; с другой стороны, неуклонно нарастают явления органического слабоумия.

При *простой (дементной) форме* наблюдаются полная утрата интереса к окружающему, бездеятельность, благодушие, отсутствие критики. На первый план выступает яркая картина тотальной деменции.

При *экспансивной (маниакальной) форме* на фоне маниакального состояния возникают нелепые идеи величия. Больные заявляют о том, что они «являются выдающимися полководцами, обладают несметными сокровищами, имеют сотни жен» и т. п. Они возбуждены, многоречивы, эйфоричны, украшают себя лентами, бумажками, утверждая, что это – медали, ордена. Наряду с этим отмечаются циничность, сексуальная расторможенность, бестактность. Иногда возникают кратковременные вспышки гнева, раздражительности. Экспансивная форма встречается сравнительно редко.

Депрессивная форма представлена депрессивным синдромом. Бредовые идеи, развиваемые на фоне пониженного настроения, также характеризуются нелепостью. Больные говорят о том, что у них «сгнили внутренности», что они «уже мертвы» (нигилистический бред). Иногда больше выражены аффективные компоненты синдрома: тоска, страх, тревога. Однако и в этих случаях отчетливо выступает прогрессирующее интеллектуальное снижение.

При *ажитированной форме* наблюдается резкое психомоторное возбуждение, нередко на фоне спутанного сознания. Больных невозможно удержать в постели, их речь бессвязна, действия импульсивны. Могут наблюдаться симптомы кататонического ступора, отказ от еды. Течение этой формы злокачественное, она быстро ведет к смерти.

При всех формах прогрессивного паралича в III стадии наблюдаются явления маразма – крайней степени психической и физической деградации.

Стадия маразма. Больные вынуждены постоянно находиться в постели. Отмечается распад мышления,

речи, утрачиваются простейшие навыки. Больные не в состоянии обслуживать себя. Нарушаются вегетативные функции. Возникают трофические язвы, пролежни, ломкость костей. Появляются патологические рефлексы, нарушения функции тазовых органов – недержание мочи, кала. В связи с этим больные нуждаются в особом уходе. Необходимо следить за питанием, за деятельностью кишечника, осуществлять гигиенические процедуры.

Следует проявлять осторожность при переворачивании больных в постели, их надо оберегать от падений, ушибов.

Л е ч е н и е. Прогрессивный паралич лечат прививками малярии. Внутримышечно (в подлопаточную область) вводится 3–7 мл крови больного трехдневной малярией, взятой на высоте приступа. Если прививка в течение 4 нед не повлекла за собой заражения, ее повторяют. После 8–12 лихорадочных приступов проводят лечение малярии хинином или акрихином и назначают специфическую терапию.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ

Острые и хронические интоксикации промышленными ядами, пищевыми токсинами, некоторыми лекарственными препаратами встречаются на производстве, в быту, в практике лечебной работы. При этом могут наблюдаться психотические расстройства разной тяжести и формы.

Острые интоксикации обычно сопровождаются развитием острых психотических состояний у больных, а иногда даже и затяжных психозов. При хронических интоксикациях, наряду с различными соматическими проявлениями, обычно наблюдаются стойкие изменения личности.

Помимо интоксикаций, возникающих в результате несчастных случаев, при нарушении санитарных норм, техники безопасности, при передозировках лекарственных средств и т. п., существует группа интоксикаций, связанных с преднамеренным введением в организм тех или иных препаратов, веществ. Наиболее часто среди прочих здесь наблюдается хроническое отравление этиловым спиртом.

Психические нарушения при остром и хроническом отравлении этиловым спиртом

Алкоголь является сильным клеточным ядом, способным вызывать патологические изменения во всех органах и тканях, однако особо выраженным токсическим действием он обладает в отношении центральной нервной системы. Даже при введении в организм небольших доз алкоголя наблюдаются значительные нарушения в течении нервных и психических процессов. Ослабляется внутреннее торможение, снижаются самоконтроль, критика к своему поведению. Речь становится ускоренной, нарушается координация движений. Иногда у человека в состоянии опьянения возникает ощущение прилива сил, повышения работоспособности. Тем не менее, несмотря на субъективное впечатление, экспериментальная проверка всегда свидетельствует о снижении работоспособности даже при приеме небольших доз алкоголя. При более высоких дозах наблюдаются выраженное психомоторное возбуждение с неадекватным поведением, расстройства сознания с нарушением ориентировки в окружающем. При тяжелом опьянении возникают состояния глубокого оглушения, а иногда сопора, комы, которые могут закончиться смертью.

Патологическое опьянение представляет собой остро возникающее после приема небольших доз алкоголя расстройство психической деятельности в виде сумеречного состояния сознания с бредом, галлюцинациями, тяжелым возбуждением. Больные в этом состоянии очень опасны, совершают агрессии, жестокие бессмысленные преступления. Патологическое опьянение длится от нескольких минут до нескольких часов. Заканчивается обычно глубоким сном с полной амнезией в последующем. Возникает оно у психопатов, больных, перенесших травмы головного мозга, у больных эпилепсией. Человек, совершивший правонарушение в состоянии патологического опьянения, признается невменяемым и уголовному наказанию не подлежит.

Алкоголизм характеризуется появлением патологического влечения к алкоголю, возникающего в результате частого его употребления. В I стадии болезни

эта зависимость носит чисто психический характер. Больные, не отдавая себе отчета, стараются использовать любую возможность, чтобы удовлетворить патологическое пристрастие, ищут поводы для выпивок, хотя и пытаются в глазах окружающих оправдать свое пьянство различными обстоятельствами. В этой стадии наблюдается снижение критики – человек, уже ставший алкоголиком, сохраняет убеждение, что он по-прежнему в состоянии контролировать свои действия, может в любой момент прекратить пьянство и уж во всяком случае не считает себя больным. Это – опасное заблуждение, потому что лечение алкоголизма наиболее эффективно в I стадии. По мере развития заболевания потребность в алкоголе увеличивается. Постепенно возрастает толерантность (переносимость). Разовые дозы становятся все бóльшими. Во II стадии под влиянием постоянного употребления алкоголя перестраивается обмен веществ. Присутствие в организме больного определенного количества спирта становится необходимым для поддержания измененных обменных процессов. Зависимость от алкоголя в этой стадии приобретает уже физический характер. Если в организм больного регулярно не вводится очередная доза алкоголя, возникает болезненная реакция, выражающаяся в явлениях *абстинентного синдрома*. Обычно утром следующего после выпивки дня появляются подавленность, тревога, ощущение разбитости, общей слабости. Отмечаются также головная боль, потливость, тахикардия, тремор рук. В ночное время наблюдаются бессонница, сновидения устрашающего характера. В состоянии абстиненции часто возникают нарушения сердечной деятельности, судорожные припадки. Степень выраженности абстинентного синдрома бывает различной, однако в любом случае прием очередной дозы алкоголя значительно улучшает или полностью купирует абстинентное состояние. Часто на фоне тяжелой абстиненции развиваются алкогольные психозы. Во II стадии толерантность к алкоголю является наиболее высокой.

Хроническая алкогольная интоксикация, как правило, приводит к значительным изменениям личности больных, которые наблюдаются начиная с I стадии и достигают своего максимального развития в III.

Возникает своеобразная алкогольная деградация, которая характеризуется лживостью, грубостью, цинизмом, нарушениями воли, памяти, снижением работоспособности, асоциальным поведением. При алкоголизме часто наблюдаются также тяжелые поражения внутренних органов. Возникают необратимые изменения в печени (алкогольные циррозы), желудочно-кишечном тракте (гастриты, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки), страдают сердце (дистрофия миокарда), легкие, половая система – частым симптомом алкоголизма является импотенция. Вследствие нарушения функции печени толерантность в III стадии снижается. Больные начинают пьянеть от небольших доз алкоголя. В этой стадии часто наблюдаются церебральные расстройства, судорожные припадки, параличи. Смертность среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 3 раза выше средней.

Часто в течении алкоголизма наблюдаются запои. Больные, будучи не в состоянии бороться со все утяжеляющейся абстиненцией иным способом, день ото дня вновь и вновь вынуждены принимать алкоголь. Они бросают работу, пропивают последние деньги, продают свои и чужие вещи, могут совершить преступление. Появление запоев характерно для II стадии алкоголизма. Они могут продолжаться несколько суток, недель. Самостоятельно выйти из состояния запоя больные, как правило, не могут. В этих случаях необходима госпитализация в психиатрический стационар.

Иногда запойное пьянство наблюдается как одна из форм расстройств влечений. Обычные состояния, когда больные не имеют тяги к спиртному и даже, наоборот, испытывают к нему отвращение, чередуются с периодами непреодолимого влечения к алкоголю, которое выливается в беспробудное, безудержное пьянство. В этих сравнительно редких случаях говорят о дипсомании.

Л е ч е н и е алкоголизма должно быть комплексным. Предпосылкой для достижения хорошего результата является понимание больным необходимости лечиться, чему обычно препятствует отсутствие критики и сознания болезни. С целью преодоления негативного отношения к лечению используют различные методы психотерапии. Большое значение в этом смысле имеет

позиция общественности учреждения, предприятия, на котором работает больной, позиция членов его семьи, санитарно-просветительная деятельность, в которой должен принимать посильное участие средний медицинский работник.

При лечении вначале проводят курс дезинтоксикационной терапии (внутривенные вливания глюкозы, витаминотерапия, подкожные инъекции кислорода, терапевтические дозы инсулина и др.). На втором этапе больному назначается одно из средств для выработки отрицательного условного рефлекса на алкоголь, чаще всего апоморфин. Методика лечения следующая: подкожно больному вводится 0,25–0,3 мл свежеприготовленного 1% раствора сернокислого апоморфина. Через несколько минут после инъекции начинается слюнотечение, появляется поташнивание. Больному предлагают понюхать водку или другой алкогольный напиток, употреблявшийся им обычно. При усилении тошноты дают выпить 30–50 г водки, после чего обычно начинается рвота. Подобные сеансы проводят ежедневно или через день, лучше групповым методом. Для выработки отрицательного условного рефлекса на алкоголь, как правило, бывает достаточно 15–20 процедур. В дальнейшем рекомендуется время от времени повторять сеансы амбулаторно. Применяют также метод антабусной терапии. Антабус, или тетурам, назначается внутрь в дозировке 0,5–1 г ежедневно. Предварительно проводят тщательное обследование больного. Антабус задерживает расщепление алкоголя в организме на этапе ацетальдегида, который является сильным клеточным ядом и вызывает тяжелую психосоматическую реакцию. В первые недели лечения больному 1–2 раза проводят алкогольно-антабусную пробу (разрядку) и с этой целью предлагают выпить 30–50 г водки. Через 15–20 мин после приема алкоголя возникает реакция в виде снижения артериального давления, тахикардии, гиперемии лица, одышки, чувства страха. Пробы проводятся 1–2 раза в неделю. После 2–3 разрядок больного выписывают на поддерживающую терапию. Ежедневный прием антабуса в дальнейшем должен контролироваться родственниками и врачами диспансера. Постоянная сенсибилизация организма к алкоголю и страх перед последствиями его употребления удерживают

больного от приема спиртных напитков. На всех этапах лечения алкоголизма активно проводится психотерапия, имеющая целью перестройку отношений личности к жизненным ценностям, выработку новых интересов. Применяется также метод гипнотерапии, при котором внушается отвращение к алкоголю.

У больных алкоголизмом могут наблюдаться острые и хронические алкогольные психозы.

Алкогольный делирий (или белая горячка) встречается в повседневной психиатрической практике наиболее часто. Он развивается в состоянии абстиненции, обычно через 12—48 ч после употребления алкоголя. Психоз возникает остро — вечером, в ночное время или под утро. На первое место в клинической картине выступают яркие зрительные галлюцинации, появляющиеся на фоне расстройств сознания и нарушения ориентировки в окружающем. Больной видит себя в иной обстановке, его окружают устрашающие фигуры животных, людей, чертей, фантастических чудовищ. Характерно преобладание в галлюцинациях образов мелких животных, насекомых — крыс, змей, пауков, тараканов, клопов и т. п. Зрительные галлюцинации имеют для больных все свойства реальных предметов и обычно сочетаются с галлюцинациями слуховыми, осязательными, обонятельными. Наблюдаются страх, тревога. Больной возбужден, пытается спастись от преследователей, бандитов бегством, обороняется, прячется, нападает. В таком состоянии он очень опасен для себя и окружающих, что обязательно должно быть принято во внимание при организации надзора, транспортировке в психиатрический стационар и уходе. Помимо психопатологических расстройств, отмечается целый ряд характерных соматоневрологических нарушений: тремор языка и рук, гиперемия лица, повышение температуры тела, тахикардия, полиневриты. Могут наблюдаться явления сердечно-легочной недостаточности, что иногда приводит к смертельному исходу. Длится приступ белой горячки 3—4 дня и обычно завершается длительным сном. В дальнейшем сохраняются отрывочные воспоминания о периоде психоза.

Л е ч е н и е. Больной с алкогольным делирием должен быть помещен в психиатрический стационар. Если приступ белой горячки возникает у пациента

соматической больницы и его перевод по соматическому состоянию невозможен, необходимо организовать круглосуточное наблюдение и проводить лечение на месте. Вводятся транквилизаторы (седуксен в инъекциях и др.). При резком возбуждении, если позволяет соматическое состояние, применяются нейролептики – галоперидол и др. (внутривенно, капельно). Кроме того, вводятся дезинтоксикационные средства, большие дозы витаминов, особенно комплекса В. Обязательно применение сердечных средств (коргликон, кордиамин).

Алкогольный галлюциноз может протекать как остро, так и хронически. Центральным симптомом в клинической картине являются слуховые галлюцинации. Больной слышит голоса, которые бранят, оскорбляют его, обещают расправиться, грозят ему убийством. Под влиянием подобных галлюцинаций, которые всецело овладевают сознанием больных, они могут вести себя неправильно, совершают агрессии, суицидные попытки, нелепые поступки. Особую опасность представляют собой голоса императивного содержания. Иногда у больных возникают вторичные бредовые идеи преследования, отношения. Сознание при этом практически остается ясным. В случае острого течения психоз длится от нескольких дней до нескольких недель. *Хронический алкогольный галлюциноз* характеризуется затяжным течением. Нередко больные предъявляют формальную критику к патологическим расстройствам. Это, однако, нисколько не исключает возможности опасных действий с их стороны, особенно при наличии императивных галлюцинаций.

В 1887 г. выдающимся русским психиатром С. С. Корсаковым был впервые описан хронический алкогольный психоз, при котором характерные расстройства памяти (амнестический синдром) сочетались с явлениями полиневрита. Больные не в состоянии запомнить текущие события, забывают только что прочитанное, услышанное, увиденное. По этой причине они не знают, где они находятся, кто их окружает, не могут назвать число, месяц – амнестическая дезориентировка в пространстве и времени. Память на события прошлого сохраняется в большой степени. Однако часто воспоминания больных о прошлом носят ха-

рактер вымысла либо правдоподобного (псевдореминисценции), либо фантастического (конфабуляции). Это психоз по имени автора, описавшего его, носит название **корсаковского психоза.**

Так же хронически обычно протекают **бредовые алкогольные психозы.** Чаще других наблюдается *алкогольный бред ревности.* Больные убеждены в супружеской неверности. Их патологическая деятельность заключается в сборе «доказательств» и получении признания. Они начинают следить за женами, встречают их с работы, устраивают осмотры. Пятна на белье, синяки на теле, частые телефонные звонки и т. п. интерпретируются в плане бреда. Обычно алкогольный бред ревности является систематизированным. Поведение больных грубо неадекватное. Они запирают жен, уходя на работу, избивают их, требуя «признания», надевают на них «пояса верности». Иногда совершают нападение на мнимых любовников. В происхождении алкогольного бреда ревности большую роль играет нарушение половой функции: усиление под влиянием алкоголя полового влечения при снижении потенции.

Другие токсикомании

Помимо этилового спирта, привыкание, пристрастие, психическую и физическую зависимость может вызывать целый ряд других веществ. В широком смысле их называют наркотиками, а злоупотребляющих ими лиц – наркоманами. Патологическое пристрастие может возникнуть при длительном приеме снотворных (барбамил, нембутал, ноксирон и др.), стимуляторов (кофеин, фенамин, первитин), опийных препаратов (омнопон, морфин, промедол, кодеин) и других лекарственных средств. Наркотики могут вводиться как энтерально, так и парентерально. Гашиш (индийская конопля, анаша, марихуана) обычно употребляется путем курения в смеси с табаком. Чаще наркоманами становятся психопатические личности, у которых прием наркотических препаратов вызывает повышение настроения, чувство блаженства, радостного подъема. Однако при постоянном употреблении этот эффект достигается только в случае неуклонного повышения дозировок. Постепенно изменяется

обмен веществ. Поддержание его нового уровня требует постоянного присутствия в организме больного наркотика. Таким образом психическая зависимость превращается в физическую, что вынуждает наркомана принимать препарат вновь и вновь. Временное прекращение приема вызывает абстинентную реакцию, в основных чертах напоминающую абстинентный (похмельный) синдром при алкоголизме, но более резко выраженную. Возникают головные боли, слабость, поносы, рвота, подавленное настроение, раздражительность, плаксивость. В таком состоянии наркоман готов пойти на все и даже на преступление, чтобы достать наркотик. Часто у наркоманов в результате интоксикации развиваются психозы с онейроидными, делириозными, галлюцинаторно-параноидными картинами. Могут иметь место суицидные попытки. Длительное употребление наркотиков, в конечном итоге, неизбежно ведет к развитию психической, физической и социальной деградации.

Медицинский работник всегда должен помнить о том, что при длительном назначении некоторых лекарственных средств необходимо соблюдать известную осторожность. С целью профилактики привыкания рекомендуется делать перерывы в лечении одним и тем же препаратом, без необходимости не повышать дозировок, идя на поводу у больного; использовать в процессе лечения различные аналогично действующие препараты. Средний персонал ни в коем случае не должен поощрять наркоманических тенденций у больных, выдавать лекарства, не назначенные врачом. В каждом подразделении лечебного учреждения должен быть организован тщательный контроль за хранением, выдачей и применением наркотических средств.

Лечение наркоманий следует проводить под строгим надзором в условиях закрытого отделения. Необходимо исключить всякую возможность передачи наркотика на отделение. С этой целью средний персонал должен взять под особый контроль свидания наркомана с родственниками, «друзьями». Надо следить за тем, чтобы одни больные не передавали лекарства другим. Медицинские сестры должны внимательно просматривать продуктовые передачи, получаемые больным, табачные изделия. Лечение должно быть комплексным. Большое значение имеет психо-

терапия, преследующая цель изменения установок больного. Активная дезинтоксикационная терапия проводится на фоне либо постепенной, либо резкой отмены привычного наркотика, в зависимости от соматического состояния, тяжести абстиненции. Показано общеукрепляющее лечение – внутривенные вливания глюкозы, инсулин, хлористый кальций, витамины, лечение сном.

Психические нарушения при интоксикациях промышленными ядами

Наибольшее практическое значение имеют отравления свинцом, ртутью, окисью углерода, тетраэтилсвинцом. Они могут наблюдаться у рабочих горнорудной, металлургической, электронной промышленности, у кочегаров, шоферов. Начальные проявления при различных отравлениях носят более или менее одинаковый характер. Это – головные боли, недомогание, слабость, раздражительность, нарушение сна и деятельности желудочно-кишечного тракта. В дальнейшем могут присоединяться дополнительные симптомы.

Свинец. При хронической интоксикации свинцом наблюдается картина астенического синдрома с явлениями полиневритов, эпилептиформными припадками, делириозными расстройствами сознания. Отмечаются грубые нарушения памяти, вплоть до развития корсаковского синдрома. Характерны желудочные и кишечные колики, «свинцовая кайма» на деснах.

Тетраэтилсвинец. Отравление тетраэтилсвинцом чаще всего наблюдается у шоферов. При легких степенях преобладают астенические проявления с тремором, дизартрией, атаксией. При средних – наблюдаются галлюцинации, в основном тактильные, с ощущением инородного тела (волоса, нитки) во рту или глотке, расстройства сознания. При тяжелых отравлениях больные погибают при явлениях токсической комы.

Окись углерода. Это отравление может быть вызвано бытовыми условиями (угар). Наблюдаются состояния психомоторного возбуждения со зрительными, обонятельными галлюцинациями, бредом, расстройствами сознания. В последующем часто развивается амнестический синдром.

Лечение должно сочетать общую дезинтоксикационную и симптоматическую терапию психических нарушений. При отравлениях угарным газом пострадавшего необходимо вынести на воздух. Показаны ингаляции кислорода, назначение сердечных средств, инъекции кофеина. Иногда применяют кровопускание с последующим внутривенным вливанием физиологического раствора.

СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Большинству соматических заболеваний сопутствуют той или иной степени выраженности психические расстройства. Их тяжесть зависит от характера соматического заболевания, его стадии, длительности течения, особенностей личности, возраста больного Наиболее часто они представлены неврозоподобными нарушениями, преимущественно астенического круга, с тревогой, раздражительностью, быстрой утомляемостью, головными болями, и др.

При соматических заболеваниях с хроническим течением, сопровождающихся тяжелыми нарушениями обмена, выраженной интоксикацией, прогрессирующей функциональной недостаточностью различных систем и органов, могут развиваться более глубокие – психопатоподобные – расстройства, а также психозы. Последние могут протекать остро, преимущественно в виде состояний нарушенного сознания (оглушение, делирий, аменция), и хронически – с преобладанием в клинической картине галлюцинаторно-параноидных, депрессивно-параноидных расстройств. В некоторых случаях могут наблюдаться корсаковский и психоорганический синдромы.

У больных с *заболеваниями сердечно-сосудистой системы* отмечаются главным образом аффективные нарушения: тревога, страх, снижение настроения. Обычно психическое состояние лучше с утра и ухудшается к вечеру. При развитии декомпенации сердечной деятельности и нарастании явлений сердечно-сосудистой недостаточности могут наблюдаться галлюцинации, а иногда расстройства сознания. При улучшении соматического состояния все психические нарушения обычно проходят.

При *заболеваниях почек* характерны астенические явления, головные боли, чувство дурноты, головокружения. Выраженные психические расстройства наблюдаются при развитии хронической почечной недостаточности, сопровождающейся тяжелой интоксикацией. При уремии отмечаются нарушения сна (сонливость днем и бессонница ночью), эпилептиформные припадки, оглушение, делириозные и аментивные состояния сознания. Появление подобной симптоматики указывает на необходимость срочного проведения гемодиализа.

У больных с хроническими *заболеваниями желудочно-кишечного тракта* отмечаются повышенная раздражительность, вспыльчивость, истощаемость. При интоксикации, вызванной глистной инвазией у детей, могут наблюдаться обморочные состояния, эпилептиформные припадки.

Базедова болезнь характеризуется повышенной возбудимостью, резкой гиперестезией, неустойчивостью настроения. Наряду с повышенной активностью, наблюдаются значительная истощаемость, непродуктивность мышления. При выраженной аутоинтоксикации могут возникать галлюцинаторно-параноидные, кататонические расстройства, состояния нарушенного сознания.

Микседема. При этом заболевании больные становятся вялыми, апатичными, бездеятельными. У них исчезает интерес к окружающему, понижается настроение. При тяжелом течении наблюдаются делириозное и сумеречное помрачения сознания, эпилептиформные припадки, кататонические симптомы.

Лечение соматогенных психических нарушений в первую очередь сводится к лечению основного соматического заболевания. Для снятия тревоги, психического напряжения рекомендуется применять транквилизаторы в небольших дозах. Симптоматически при делириозном, сумеречном, маниакальном возбуждении применяются нейролептики. Наряду с этим проводится дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Атеросклероз сосудов головного мозга развивается чаще в возрасте 50–60 лет. Психические нарушения могут носить психотический и непсихотический характер.

На ранних стадиях заболевания наблюдается неврозоподобная симптоматика: раздражительность, повышенная утомляемость, тревожность, нарушения сна. Происходит своеобразное заострение личностных особенностей – бережливость переходит в скупость, мнительность – в подозрительность и т. д. Характерным является прогрессирующее снижение памяти, которое ведет к снижению работоспособности. Преобладает нарушение памяти на текущие события. Больные забывают новые фамилии, имена, номера телефонов, недавно прочитанное, виденное. При злокачественном течении мнестические расстройства иногда могут достигать степени корсаковского синдрома. Наряду с этим отмечается выраженная эмоциональная лабильность – больные волнуются по пустякам, легко переходят от смеха к слезам и наоборот, очень обидчивы. Характерно «мерцание симптоматики», т. е. наличие колебаний в выраженности тех или иных проявлений болезни. Прогрессирующие нарушения памяти, мышления ведут к развитию атеросклеротического слабоумия. При этом иногда сохраняется сознание болезни и имеет место частичная критика. Нередко при атеросклерозе возникают депрессивные состояния с тревогой, подавленностью, плаксивостью, реже – гипоманиакальность с эйфорией, сексуальной расторможенностью, эмоциональной неадекватностью. Могут наблюдаться эпилептиформные припадки, острые психотические состояния с галлюцинациями, бредовыми идеями, расстройствами сознания. Иногда бред у больных с атеросклерозом приобретает характер паранойяльного с идеями ревности, отношения, изобретательства.

Гипертоническая болезнь. Очень часто она сочетается с атеросклерозом. Наряду с общими расстройствами, представлены церебральные (от легких мозговых кризов до тяжелых инсультов). Наиболее ха-

рактерными для клинической картины психических нарушений являются неврастеноподобный, астеноипохондрический и фобический синдромы. Больные предъявляют жалобы на неустойчивость настроения, головные боли, бессонницу, снижение работоспособности. Часто высказывают преувеличенные опасения в отношении состояния своего здоровья, особенно в отношении сердечной деятельности, испытывают различные страхи. Они становятся раздражительными, тревожными, обидчивыми, подозрительными. При гипертонической болезни также наблюдается заострение личностных особенностей. Характерным является наличие колебаний в выраженности психопатологической симптоматики, что, в свою очередь, определяется динамикой сосудистых реакций. Психотические нарушения чаще всего представлены тревогой, страхами, психомоторным возбуждением, иногда протекающими по типу сумеречных состояний сознания или делириозного синдрома. Могут наблюдаться тревожно-депрессивные и тревожно-параноидные картины.

Лечение должно быть комплексным. Необходимо проведение общих гигиенических мероприятий, соблюдение диеты. Особенности лечения основного заболевания определяются стадией его развития, характером клинических проявлений. Терапия психических нарушений является главным образом симптоматической. При неврозоподобных расстройствах рекомендуются транквилизаторы (элениум, седуксен, мепробамат), при психозах следует проводить лечение нейролептиками и антидепрессантами. Применение нейролептических препаратов у больных с системными сосудистыми заболеваниями должно контролироваться постоянным измерением артериального давления.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Травмы головного мозга являются одной из часто встречающихся форм патологии и могут наблюдаться в быту, на производстве, на транспорте, в спорте, в военное время. Характер психических нарушений при травматическом поражении головного мозга, их тяжесть определяются механизмом травмы, наличием

осложняющих факторов, индивидуальными особенностями пострадавшего, стадией течения травматической болезни. Различают закрытые и открытые травмы черепа.

Закрытые травмы делятся на коммоции (сотрясение мозга) и контузии (ушибы). При первых преобладают общие явления, связанные с диффузным поражением мозгового вещества, при вторых – локальные, зависящие от повреждения определенного участка мозга. В течении травматической болезни выделяют начальный, острый, поздний и отдаленный периоды.

В зависимости от тяжести травмы *в начальном периоде* могут наблюдаться различные по глубине и продолжительности степени выключения сознания – от легкого оглушения до комы. Обычно имеют место общецеребральные симптомы (головокружение, тошнота, рвота), различные вегетативные, соматические расстройства (нарушения дыхания, сердечной деятельности, коллаптоидные состояния и т. д.). Начальный период является наиболее тяжелым. Летальные исходы наблюдаются обычно в этой стадии.

В остром периоде сознание больных постепенно проясняется, однако еще длительное время они остаются заторможенными, вялыми, сонливыми. Иногда могут отмечаться явления ретроградной и антероградной амнезии. Состояния выключения сознания могут сменяться другими его расстройствами, и тогда в этой стадии наблюдаются делирий, сумеречное помрачение сознания, реже аменция, онейроид. Следует учитывать, что такие больные нуждаются в особом наблюдении и уходе, так как неадекватное поведение их в этом периоде может представлять опасность для них самих и окружающих.

В позднем периоде на фоне церебральной астении под влиянием внешних воздействий могут отмечаться истероформные и эпилептиформные судорожные припадки, сумеречные нарушения сознания, истерические и депрессивные состояния. Неврологическая симптоматика постепенно регрессирует или организуется соответственно очагу поражения.

В периоде отдаленных последствий у больных наблюдается неврозоподобная симптоматика. Они предъявляют повышенную раздражительность, быстро устают, не переносят резких запахов, звуков. Сни-

жаются работоспособность, концентрация внимания, память. Часто отмечаются расстройства сна, постоянные головные боли, головокружения, шум в ушах, тремор языка и конечностей. В дальнейшем у некоторых больных на этом фоне могут возникать судорожные припадки, психотические состояния с галлюцинациями, бредом, выраженными аффективными нарушениями. При ушибах, сопровождавшихся значительным повреждением мозговой ткани, в периоде отдаленных последствий может наблюдаться резкое снижение интеллектуальных способностей, памяти. В этих случаях говорят о *травматическом слабоумии*.

При открытой травме черепа отмечается в целом аналогичная динамика патологических нарушений. Если открытая травма сопровождается проникающим (с нарушением целостности твердой мозговой оболочки) повреждением мозгового вещества, течение заболевания может осложниться внутримозговой инфекцией. Осложнения в виде менингитов, менигоэнцефалитов, абсцессов мозга возникают обычно не сразу, а в остром или даже позднем периоде. При этом наблюдаются психозы с картиной делирия или аменции.

Лечение. В остром периоде больному должен быть обеспечен полный покой. Обязателен строгий постельный режим. Показана дегидратационная терапия. При открытых травмах – антибиотики. При возбуждении назначают хлоралгидрат в клизме, при острых травматических психозах – нейролептики (аминазин, галоперидол). Больным в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы следует избегать физического и эмоционального перенапряжения. Категорически исключается употребление алкоголя. Даже малые дозы его могут вызвать патологические реакции. Рекомендуется периодически проводить курсы дегидратационной терапии (внутривенные вливания 25% раствора сернокислой магнезии – 5 мл с 40% глюкозой – 10 мл, диакарб по 0,25 г 2–3 раза в день). При повышенной возбудимости назначают транквилизаторы.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, которое характеризуется повторяющимися припадками, преходящими психическими расстройствами и хроническими изменениями психики.

В основе развития эпилепсии лежит взаимодействие двух факторов: наличия в головном мозге очага, являющегося источником чрезмерных по силе нейронных разрядов, и склонности мозга к гиперсинхронизации, которая способствует легкому вовлечению в патологическую активность больших областей или головного мозга в целом. Эпилептический очаг может возникнуть в результате органического повреждения головного мозга чаще всего в результате гибели нейронов (вызванной травмой мозга, особенно родовой травмой, сосудистыми нарушениями, новообразованиями и т. д.) и их замещения глиозной тканью. Склонность мозга к гиперсинхронизации возникающих в очаге чрезмерных нейронных разрядов может быть генетически обусловлена в виде передачи наследственного предрасположения. Доказательствами правильности современных взглядов на происхождение эпилепсии служат следующие данные. Одного лишь наличия очага поражения головного мозга недостаточно для возникновения эпилепсии: в группах лиц, перенесших родовую травму или травму мозга в течение дальнейшей жизни, больных атеросклерозом, опухолями или другими органическими заболеваниями, эпилепсия развивается только в определенном проценте случаев (от 10 до 34 %). С другой стороны, доказано, что частота эпилепсии среди родственников значительно выше, чем в населении. Отсюда и делается вывод о том, что заболевание зависит от обязательного участия наследственной предрасположенности, реализующейся под влиянием дополнительных вредностей. Исходя из этого, большинство исследователей эпилепсии отказались от грубого деления этого заболевания на симптоматическую (связанную с органическим поражением головного мозга) и генуинную (наследственно обусловленную).

Эпилепсия относится к числу довольно распространенных заболеваний: в различных странах она встречается у 5–8 человек на 1000 населения.

Эпилептические припадки. Эпилептические припадки относятся к числу наиболее ярких, бросающихся в глаза, но, как уже отмечалось, не единственных проявлений болезни. Припадки при эпилепсии очень разнообразны, что связано с локализацией эпилептического очага в головном мозге и масштабами распространения в нем патологической биоэлектрической активности. Во-первых, их можно разделить на судорожные и бессудорожные припадки, которые, как показали исследования, встречаются приблизительно одинаково часто. Кроме того, как судорожные, так и бессудорожные припадки могут быть генерализованными и фокальными (парциальными). Генерализованные припадки характеризуются выключением сознания и вовлечением в припадок всего тела. Фокальные эпилептические припадки протекают без выключения сознания и с вовлечением в припадок только части тела или отдельных вегетативных и психических функций.

Генерализованные эпилептические припадки. Наиболее типичной формой является тонико-клонический эпилептический припадок (ранее его называли большим припадком).

Припадку могут предшествовать так называемые предвестники – различные расстройства психического, а иногда и соматического характера, которые могут возникать у больного за несколько часов и даже дней до припадка.

Сам припадок обычно начинается с ауры («дуновение»). Аура – кратковременное состояние, длящееся секунды и весьма неодинаковое по клиническим проявлениям. Может наблюдаться сенсорная аура в виде различных патологических ощущений (ползанья мурашек, чувства жжения и т. п.), иллюзий и галлюцинаций; психическая аура с переживанием страха, тревоги или экстаза; вегетативная – проявляющаяся вазомоторными, диспепсическими и другими вегетативными расстройствами. В следующий момент возникает выключение сознания и больной падает. Падение часто сопровождается криком, серьезными травмами, несчастными случаями (при падении с высоты, в воду, огонь и т. п.). Сначала возникают тонические судороги, которые продолжаются 20–40 с. Все мышцы находятся в состоянии резкого напря-

жения. Задерживается дыхание, развивается асфиксия, лицо приобретает синюшную окраску. Далее развиваются клонические судороги с ритмическими сокращениями мышц конечностей. Включается дыхание. Зрачки расширены, сухожильные рефлексы не вызываются. Наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Клонические судороги продолжаются 1–2 мин. Постепенно они затихают, и больной впадает в глубокий сон. После пробуждения воспоминаний о припадке не остается, однако по общему чувству разбитости больной узнает о том, что с ним произошло. Припадки при эпилепсии могут возникать с различной частотой – от 1–2 в течение года до нескольких припадков ежедневно. Если они следуют друг за другом с короткими промежутками, когда к больному возвращается сознание, говорят о серии припадков. Если между припадками больной не приходит в сознание, говорят об эпилептическом статусе. Это состояние сопровождается нарастающим отеком мозга и опасно летальным исходом в тех случаях, когда не приняты необходимые меры.

Генерализованные судорожные припадки могут быть только тоническими или только клоническими; эти формы встречаются в детском возрасте.

Генерализованные бессудорожные эпилептические припадки называются *абсансами* (старое наименование – малые припадки). Абсансы (от французского слова absance – отсутствие сознания) бывают простыми и сложными. Простой абсанс характеризуется кратковременным – от 2 до 15 с – выключением сознания, больной как бы застывает, устремив взгляд в одну точку, а после окончания припадка продолжает прерванное дело. При сложных абсансах в дополнение к кратковременному выключению сознания присоединяются либо потеря общего тонуса (атонический абсанс), когда больной как бы оседает, медленно падает, либо выгибание туловища кзади и отведение глаз кверху (гипертонический абсанс), либо вегетативные нарушения (вегетативный абсанс).

Фокальные эпилептические припадки. Фокальные судорожные эпилептические припадки, называемые также джексоновскими припадками (по имени описавшего их автора) протекают в виде тонических или клонических судорог в каком-либо участке или на одной

половине тела (в руке, ноге, жевательных, глазодвигательных мышцах и т. п.). Сознание при этом остается сохранным.

К фокальным бессудорожным эпилептическим припадкам относятся чувствительные припадки – в виде кратковременных расстройств чувствительности в каких-либо участках тела; вегетативные – в виде кратковременного усиления потоотделения или изменения сосудистых реакций в различных участках; психические – в виде кратковременных пароксизмальных галлюцинаторных, психосенсорных расстройств.

Преходящие психические расстройства. Это вторая группа нарушений, характерных для эпилепсии. Сюда относятся дисфории, сумеречные расстройства сознания и затяжные эпилептические психозы.

Дисфории длятся часами, иногда днями, и представляют собой приступы беспричинного злобно-подавленного настроения. В такие периоды больные угрюмы, мрачны, раздражительны, склонны к агрессивным поступкам, для которых достаточно незначительного повода. Сознание при дисфориях обычно не нарушено, амнезия не наступает.

Сумеречные состояния при эпилепсии протекают в форме амбулаторных автоматизмов (сомнамбулизм, транс) и галлюцинаторно-бредового варианта.

Сомнамбулизм (лунатизм) возникает чаще в детском возрасте и выражается в снохождении. Сумеречное расстройство сознания возникает во время сна. Больной встает, совершает разнообразные, порой сложные, действия, затем ложится в кровать, засыпает, а утром не помнит, что с ним происходило ночью.

Транс возникает в состоянии бодрствования. На окружающих поведение больных не производит впечатления неправильного. Не отдавая себе отчета в своих поступках, они могут уехать за сотни километров, но при этом ведут себя в полном соответствии с ситуацией, могут отвечать на вопросы, совершать целенаправленные действия и т. п. Заканчивается он так же внезапно, как и начинается, не оставляя в последующем у больных никаких воспоминаний. Продолжительность бывает разная – от нескольких часов до нескольких дней и даже недель.

Галлюцинаторно-бредовая форма сумеречного состояния при эпилепсии характеризуется тем, что на

фоне суженного состояния сознания у больных возникают галлюцинаторные и бредовые расстройства, определяющие их поведение и действия. Зрительные галлюцинаторные образы носят угрожающий характер, часто окрашены в темно-красные тона; бредовые идеи – из группы идей преследования. У больных развиваются чувства страха, ужаса, нередко появляется злобное возбуждение, выливающееся в агрессивные действия по отношению к окружающим. В подобном состоянии больные могут совершать жестокие и бессмысленные преступления. В связи с этим они представляют большую опасность для себя и окружающих и нуждаются в строгом надзоре. Чаще всего сумеречные расстройства сознания заканчиваются сном, а в дальнейшем наступает полная амнезия, и больные ничего не могут рассказать о своем поведении.

Иногда при эпилепсии наблюдаются затяжные психотические состояния с картиной галлюцинаторно-параноидного, депрессивного, паранойяльного или ступорозного синдрома. В этих случаях говорят об *эпилептических психозах*.

К третьей группе расстройств, характерных для эпилепсии, относятся хронические изменения психики: эпилептические изменения личности и эпилептическое слабоумие.

Эпилептические изменения личности заключаются в появлении патологической аккуратности, педантизма. В мышлении таких больных отмечаются застреваемость, ригидность, обстоятельность, в речи – слащавость, сюсюканье, пристрастие к уменьшительным, ласкательным суффиксам. Подобострастно-угодливая манера общения с окружающим является лишь маской, скрывающей обидчивость, злопамятность, взрывчатость. Они лицемерны, коварны, жестоки. Стремление больных поучать, проповедовать высокие моральные принципы вовсе не означает того, что они придерживаются их сами, напротив, – ханжескими рассуждениями часто прикрываются собственные недостатки.

Эпилептическое слабоумие характеризуется тем, что на фоне описанных изменений личности нарастает обстоятельность мышления, резко замедляется скорость протекания психических процессов. Ухудшается память. Больные с большим трудом усваивают

что-либо новое. Словарный запас обедняется. Все интересы сосредоточиваются на болезни. Больные становятся эгоцентричными. Критика ко всем этим изменениям, как правило, отсутствует.

Лечение. Основными принципами лечения эпилепсии являются строгая индивидуализация, длительность, непрерывность. Наиболее эффективные препараты в каждом конкретном случае приходится подбирать индивидуально, то же самое касается и дозировок. Их повышение и снижение должно осуществляться постепенно. Нарушение этого принципа может привести к обострению болезни, вплоть до развития эпилептического статуса. Применяются препараты, эффективные при лечении различных видов эпилептических припадков (фенобарбитал, дифенин, бензонал, суксилеп, финлепсин и др.). Если клиническая картина полиморфна, используются комбинации противоэпилептических средств. Предложено несколько лекарственных смесей, обладающих противоэпилептическим действием (смеси Воробьева, Серейского и др.).

Для купирования сумеречных состояний применяется аминазин одновременно с противосудорожными средствами, при аффективных нарушениях показаны транквилизаторы. Для лечения эпилептического статуса в последнее время успешно применяется седуксен (внутривенно).

При фокальных формах эпилепсии в последние годы все шире применяются хирургические методы лечения эпилепсии. В некоторых случаях они дают неплохие результаты.

Велика роль среднего медицинского персонала в обеспечении ухода и наблюдения за больными эпилепсией. Во время судорожного припадка необходимо предпринять меры для предупреждения дополнительных травм, прикуса языка, развития асфиксии. Нуждаются в тщательном и строгом надзоре больные с сумеречными расстройствами сознания. Большое значение имеют точное описание припадков, наблюдавшихся персоналом в отсутствие врача, подробные записи и тщательная регистрация поведения больных в дневнике наблюдений.

При организации питания больных эпилепсией необходимо помнить об ограничении употребления жидкостей и поваренной соли. Категорически запрещается

употребление алкогольных напитков. По возможности необходимо вовлекать больных в трудовую деятельность, однако при этом должны быть исключены все виды работ вблизи движущихся механизмов, у установок с высокой температурой, на транспорте и т. п.

ПРЕСЕНИЛЬНЫЕ И СЕНИЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Старение является естественным процессом, который сопровождается значительной перестройкой деятельности всех систем и органов. Эти изменения снижают адаптационные возможности человеческого организма и создают предпосылки для развития соматических и психических заболеваний. Психозы, возникающие в связи с инволюцией (увяданием организма), в широком смысле называют поздними, или инволюционными. Они подразделяются на пресенильные (предстарческие) и сенильные (старческие).

Пресенильные психозы возникают в возрасте 40–60 лет, чаще у женщин, чем у мужчин. Большое значение имеют фактор климакса и связанная с ним перестройка деятельности желез внутренней секреции. В этом возрасте отмечаются заострение присущих больным особенностей характера, а также появление некоторых других черт: тревожности, подозрительности, сниженного фона настроения, мнительности, обидчивости. Больные становятся легкоранимыми, склонными к невротическим реакциям. На фоне этих общих особенностей климактерического периода часто возникают функциональные пресенильные психозы.

Пресенильная (инволюционная) депрессия обычно развивается постепенно. Клиническая картина характеризуется депрессивным фоном настроения, тревогой, моторным возбуждением. Типичными являются бредовые идеи виновности, греховности, самоуничижения, иногда ипохондрические (нигилистический бред). Обычно больные склонны к диссимуляции своих болезненных переживаний. Это обстоятельство, а также наличие двигательного возбуждения делают их очень опасными в отношении суицидальных тенденций. При инволюционной депрессии, как правило, наблюдаются и общесоматические нарушения: резкое похудание, отсутствие аппетита, запоры, бессонница.

При пресенильном (инволюционном) параноиде основное содержание клинической картины представляют собой бредовые идеи отношения, ущерба, ревности, ипохондрические. Обычно они возникают на основе реальных жизненных ситуаций (производственных, семейных, квартирных) и охватывают круг обыденных отношений, действий больного. В этой связи говорят о бреде «малого размаха», «кухонном бреде», «бреде обыденных отношений». Больные убеждены, что соседи по квартире прячут деньги, продукты, портят вещи, пытаются их отравить, подсыпая с этой целью в пищу мусор, толченое стекло, хлорку и т. п. Часто происхождение этих идей связано с нарушениями памяти, слуховыми и обонятельными иллюзиями, галлюцинациями. Прогноз при инволюционном параноиде, как правило, неблагоприятный.

Помимо функциональных, в предстарческом возрасте встречаются два заболевания, которые характеризуются атрофией мозгового вещества и в своем развитии ведут к слабоумию. Это – болезнь Альцгеймера и болезнь Пика.

Болезнь Альцгеймера начинается в возрасте 55–65 лет. В клинической картине преобладают грубые нарушения памяти. Наблюдаются амнестическая дезориентировка, агностические, афатические расстройства. Нарушаются мышление, речь. Вместе с тем у больных долгое время может отмечаться критическое отношение к своему состоянию. Завершается заболевание грубым снижением интеллекта, прогрессирующей кахексией. Смерть чаще всего наступает от присоединившихся соматических заболеваний, инфекций.

Болезнь Пика начинается с появления вялости, апатии, утраты интереса к окружающему. Наблюдаются изменения личности, сексуальная расторможенность. Исчезает критика к своему поведению. Вскоре к этим симптомам присоединяются речевые, эмоциональные нарушения, снижение памяти, интеллекта. Спустя 2–10 лет больные погибают при явлениях маразма.

Сенильные психозы возникают в возрасте 65–70 лет и позже. В их основе лежит первичная атрофия коры головного мозга, причины которой до конца еще не выяснены.

Старческое слабоумие (сенильная деменция) характеризуется прогрессирующим ухудшением памяти, нарастающими изменениями личности, отсутствием критики к своему состоянию. Распад памяти идет от настоящего к прошлому. Забывая события последних лет, события далекого прошлого больные помнят относительно хорошо. Характерны псевдореминисценции, конфабуляции. В дальнейшем может возникать амнестическая дезориентировка в окружающем, амнестическая афазия. Прогрессивно снижаются умственные способности. Поведение больных становится неправильным, подчас нелепым, с элементами извращения влечений. Распадается речь. Нарушается ритм сна – отмечается бессонница по ночам и сонливость днем. В дальнейшем сонливость становится постоянным состоянием. В некоторых случаях на фоне бессвязного мышления, отдельных иллюзорных и галлюцинаторных восприятий наблюдаются состояния психомоторного возбуждения. Реальная ситуация при этом воспринимается недостаточно четко. Больные живут в иной пережитой когда-то ранее ситуации. Подобные расстройства обычно наблюдаются при осложнении старческого слабоумия соматическим заболеванием и относятся к старческому делирию. Характерным симптомом сенильной деменции является бред ограбления, ущерба. Больные собирают выброшенные вещи, старый хлам, постоянно таскают его с собой, будучи уверены, что домашние их обворовывают. Часто наблюдаются также стремление к бродяжничеству, извращение пищевого и полового поведения, вплоть до попыток изнасилования малолетних.

Помимо сенильной деменции, в старческом возрасте могут наблюдаться и другие психозы – *бредовые, депрессивные*. По своему происхождению и клинической картине они имеют много общего с описанными выше предстарческими психозами.

Л е ч е н и е должно проводиться в стационаре. При пресенильной депрессии необходимо помнить о стремлении больных к самоубийству. Они нуждаются в самом строгом надзоре. Необходимо следить за тем, чтобы в руки больных не попадали предметы, с помощью которых можно осуществить суицидную попытку (веревки, полотенца, острые предметы). Прием лекарств должен происходить в присутствии медсест-

ры (во избежание накапливания препаратов). Необходимо также следить за соматическим состоянием и питанием больных. В случае упорного отказа от еды следует прибегать к искусственному кормлению. Показано назначение антидепрессантов, в некоторых случаях электросудорожной терапии. Бредовые состояния и состояния психомоторного возбуждения купируются средними дозами нейролептиков. Всем больным с пресенильными и сенильными психозами рекомендованы общеукрепляющая терапия, сердечные средства. При сопутствующих слабоумию атрофических процессах показано симптоматическое лечение.

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – это хронический эндогенный психоз, характеризующийся наличием полиморфной психопатологической симптоматики, прогредиентным течением и дефектом личности особого типа. Заболевание, как правило, возникает в молодом возрасте. Причины его до сих пор по-настоящему не выяснены. Большое значение имеет патологическая наследственность. Внешние вредности могут провоцировать развитие заболевания. Мужчины и женщины болеют одинаково часто. Распространенность шизофрении среди населения колеблется от 0,3 до 0,5 %. В связи с тем, что диагностика заболевания основывается главным образом на клинических критериях, единого мнения относительно границ шизофрении не существует. Некоторые исследователи расширяют границы этого клинического понятия, включая в него и другие болезненные формы, другие, наоборот, – сужают, рассматривая в рамках шизофрении только типичные (ядерные) психозы. Тем не менее большинство авторов соглашаются с тем, что диагноз шизофрении может быть поставлен при наличии у больного основных фундаментальных расстройств, которые являются для этого заболевания достаточно специфическими. К основным симптомам шизофрении относятся следующие:

– аутизм – обусловленность психической деятельности как по направленности, содержанию, так и по конечному результату внутренними причинами. Больные теряют связь с реальной действительностью, отгораживаются, погружаются в мир собственных

переживаний, причудливых, непонятных здоровым. По этой причине они лишаются друзей, знакомых, становятся замкнутыми, малодоступными контакту;

— расщепление — утрата психического единства — симптом, давший название заболеванию — «шизофрения». Нарушается цельность психической деятельности. Утрачиваются адекватность поступков, эмоциональных реакций реальной ситуации, параллелизм психических процессов. Больные часто не могут объяснить свои стремления, действия или дают объяснения, нелепые с точки зрения здоровых. Логика их поведения внутренне противоречива, что очевидно всем, кроме них самих;

— эмоционально-волевые расстройства, которые в высшей степени своего развития проявляются в форме апато-абулического синдрома. Больные становятся безынициативными, бездеятельными, теряют всякий интерес к окружающему.

Дополнительные симптомы (бредовые идеи, галлюцинации, кататонические расстройства) определяют клиническую форму заболевания.

Простая форма шизофрении обычно начинается в юношеском возрасте, исподволь. Заболевание течет практически непрерывно и сравнительно быстро приводит к шизофреническому дефекту. Без всяких внешних причин подросток или юноша становится вялым, малоактивным, теряет интерес к учебе, любимым занятиям, замыкается в себе. Появляются странности в поведении, неряшливость, грубость в общении с близкими, друзьями. Больной, ранее тепло относившийся к родителям, становится черствым, перестает интересоваться жизнью семьи. В этом же периоде могут наблюдаться бродяжничество, асоциальное поведение. У больных могут появляться несвойственные им ранее интересы. Не имея достаточных знаний и подготовки, они с головой уходят в изучение различных сложных вопросов («метафизическая интоксикация»), что на деле не выходит обычно за рамки резонерских рассуждений о происхождении Вселенной, надуманных философских построений и т. п. Нередко наблюдаются наплывы и обрывы мыслей, отдельные галлюцинации, отрывочные бредовые идеи отношения, преследования, ипохондрические переживания. Постепенно описанные расстройства углубляют-

ся. Больные перестают совершенно чем-либо интересоваться. Целыми днями лежат в постели, накрывшись с головой одеялом, перестают обслуживать себя, не моются, не следят за своим туалетом. Эмоционально-волевой дефект становится все более отчетливым, хотя формальные способности остаются относительно сохранными.

Гебефреническая форма также относится к числу злокачественных, начинается обычно еще раньше и имеет непрерывное течение. Клиническая картина характеризуется главным образом эмоциональной неадекватностью и поведенческими расстройствами. Появляются дурашливость, склонность к гримасничанью, вычурности. Больные кривляются, громко хохочут, поют. Могут возникать приступы двигательного возбуждения с бессвязной речью, кувырканием, агрессивным поведением. Иногда в настроении превалирует пустая непродуктивная эйфория. При углублении эмоционально-волевых нарушений сравнительно быстро развивается слабоумие.

Кататоническая форма начинается сравнительно позднее, чем две предыдущие, – в возрасте 20–25 лет. Она определяется дополнительной симптоматикой кататонического синдрома. Начало может быть постепенным или острым, течение – чаще непрерывно-прогредиентное. При остром начале заболевание развивается внезапно среди полного здоровья, манифестируя либо ступорозными явлениями, либо состоянием кататонического возбуждения. Больной, лежа в постели или сидя, не меняя позы, без умолку говорит. Отмечаются речевые стереотипии с повторением, нанизыванием слов, бессвязанностью, неологизмами. Могут иметь место отрывочные бредовые идеи, галлюцинаторные расстройства, импульсивные действия. При наличии галлюцинаций больные затыкают уши, принюхиваются к пище, натягивают на голову одеяло. В других случаях преобладает двигательное беспокойство без речевого возбуждения, с мутизмом, стереотипиями, эхопраксией. При наличии ступорозных явлений больные либо неподвижно лежат в постели, иногда приподняв голову над подушкой (симптом «воздушной подушки»), либо застывают в самых нелепых, неудобных позах (симптом каталепсии). Состояния ступора могут совершенно

внезапно сменяться состояниями кататонического возбуждения и наоборот, что обязательно должно учитываться при организации надзора за этими больными.

Кататонический синдром может протекать на фоне онейроидного помрачения сознания, что указывает на относительно более благоприятный прогноз. Напротив, присоединение кататонической симптоматики к процессу, протекающему с параноидными переживаниями (вторичная кататония), является прогностически неблагоприятным. Кататоническая форма обычно заканчивается апатическим слабоумием.

Параноидная форма чаще начинается в зрелом возрасте, но может возникать и раньше. Течет она либо приступообразно, либо непрерывно. Центральным симптомом клинической картины являются бредовые идеи, формирующиеся остро или постепенно. Обычно заболевание дебютирует достаточно систематизированным паранойяльным бредом отношения, ревности, изобретательства, иногда ипохондрическим. В дальнейшем паранойяльный синдром теряет свою цельность, распадается. Нарастают формальные расстройства мышления. В построениях больных теряется внешняя логичность, появляются резонерство, разорванность мышления, символическая оформленность. Синдром усложняется за счет присоединения аффективных расстройств, различных галлюцинаций. Наиболее типичными для параноидной шизофрении являются слуховые псевдогаллюцинации, но могут быть представлены и обонятельные, и зрительные. Наряду с явлениями психического автоматизма, бредовыми идеями преследования, воздействия, они входят в структуру синдрома Кандинского – Клерамбо, наиболее характерного для этого этапа развития процесса. При длительном течении болезни динамика бредовых расстройств обычно завершается формированием парафренного синдрома с нелепым бредом величия, преследования. Наряду с этим постепенно нарастают шизофренические изменения личности, эмоционально-волевой дефект, интеллектуальное оскудение. Особенно неблагоприятным прогноз является при начале заболевания в юношеском возрасте.

Выделение четырех вышеописанных форм является в достаточной мере условным. При шизофрении

как едином заболевании могут наблюдаться различные комбинации дополнительной симптоматики. Неизменными при всех ее формах остаются лишь основные расстройства.

То же самое касается выделяемых вариантов течения процесса. Во всех случаях шизофрения является хроническим, прогредиентным заболеванием, однако шизофренический дефект личности при этом может развиваться более или менее быстрыми темпами. Знание основных типов течения помогает устанавливать индивидуальный прогноз в каждом конкретном случае.

В настоящее время выделяют следующие формы течения шизофрении: 1) непрерывно текущую или прогредиентную, при которой заболевание не имеет склонности к спонтанным ремиссиям и, неуклонно прогрессируя, заканчивается развитием дефекта личности. 2) приступообразную (шубообразную), характеризующуюся наличием ремиссионных промежутков, в которых темп развития заболевания несколько замедляется, однако от приступа к приступу отмечается все более заметное нарастание изменений личности, шизофренического дефекта; 3) рекуррентную (периодическую), которая протекает, особенно вначале, в виде кратковременных психотических вспышек, разделенных состояниями практически полного выхода из болезни. Нарастание изменений личности при этой форме течения происходит сравнительно медленнее. В клиническом отношении она характеризуется выраженными аффективными расстройствами (маниакальный, депрессивный синдромы, тревога, страх), нарушениями сознания (онейроидный синдром), образным, фантастическим бредом, кататоническими расстройствами.

Исходом заболевания, как уже говорилось выше, в большинстве случаев является развитие *шизофренического дефекта*, который раньше называли шизофреническим слабоумием. Однако это не слабоумие в прямом смысле слова: при шизофрении, как правило, не страдает память, не уменьшается словарный запас, в принципе не утрачиваются профессиональные навыки. Главной особенностью является переориентация интересов больного в направлении аутистических установок, уход из мира реального, с полным безраз-

личием, бездеятельностью, безучастием в отношении всего остального (апато-абулический синдром). По мере развития заболевания эта (основная) симптоматика становится все более отчетливой, дополнительные же симптомы постепенно сглаживаются, редуцируются и исчезают. Но даже грубо выраженный дефект личности в принципе является обратимым. В литературе описаны случаи полного выхода из психоза при многолетнем злокачественном течении шизофренического процесса у больных с формально очень глубоким эмоционально-волевым снижением личности.

Лечение. Хотя шизофрения и является прогредиентным заболеванием, своевременно начатое и правильно проводящееся лечение во многих случаях дает хорошие результаты. Оно позволяет не только существенно замедлить темп прогрессирования болезни, но иногда и приостановить развитие процесса. В арсенале современной психиатрии существует большое количество психотропных препаратов, которые, с одной стороны, позволяют эффективно лечить состояния возбуждения, бредовые и галлюцинаторные расстройства, с другой – компенсировать апатические, абулические нарушения. До настоящего времени не утратили своего значения методы электросудорожной и инсулино-шоковой терапии. Важной особенностью лечения шизофренических психозов является необходимость проведения поддерживающей терапии в ремиссиях, целью которй является профилактика нового рецидива. Для этого обычно применяются малые и средние дозы нейролептических препаратов. Фармакологическая терапия как в условиях стационара, так и при амбулаторном лечении должна обязательно сочетаться с комплексом психотерапевтических мероприятий, направленных на социальную, трудовую, семейную реадаптацию, реабилитацию больного.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз относится к аффективным психозам. Клиническая картина этого заболевания характеризуется последовательным чередованием маниакальных и депрессивных фаз (иногда наблюдаются только маниакальные или только депрес-

сивные фазы), наличием светлых промежутков (интермиссий) между ними и отсутствием у больных изменений личности. Продолжительность болезненных приступов может быть различной – от 2 до 10 мес.

Маниакально-депрессивный психоз относится к наследственным заболеваниям, передающимся по доминантному типу.

Для **маниакальной фазы** маниакально-депрессивного психоза характерна триада симптомов: повышение настроения, ускорение темпа мышления и двигательное возбуждение. Больные оживлены, не могут усидеть на одном месте, постоянно обращаются к окружающим с различными предложениями, вопросами, крайне назойливы. Жизнь (даже в условиях психиатрического отделения) кажется им прекрасной, окружающее воспринимается в розовом цвете. Поведение больных лишено последовательной целенаправленности. Они берутся за любое дело, каждому предлагают свои услуги, но ничего не доводят до конца. Характерна повышенная отвлекаемость. У них появляются преувеличенное представление о своих способностях, возможностях, повышенная самооценка, вплоть до образования бредовых идей величия (изобретательства, реформаторства, гениальности). В связи с этим больные обращаются в различные инстанции с проектами, считая себя гениально одаренными людьми, пытаются утвердиться на театральном, литературном поприще. Отмечается сексуальная расторможенность. Болезненные расстройства настроения выражаются и в том, как больные относятся к своей внешности, оформляют свой костюм – характерны злоупотребление косметикой, яркость, вычурность в одежде, стремление к украшательству, броскости. В связи с ускорением темпа мышления у маниакальных больных ускоряется темп речи. Возникающие ассоциации поверхностны. Больные часто не успевают проговаривать все появляющиеся мысли. Говорят они громко и много, голос поэтому становится хриплым. Несмотря на выраженную эмоциональную неадекватность, замечания больных иногда остроумны, юмор заразителен. В некоторых случаях мания протекает с аффектом гневливости, раздражительности (гневливая мания). Критики к болезненному поведению у больных в маниакальных состояниях обычно не бывает.

Из соматических проявлений в маниакальной фазе могут наблюдаться тахикардия, бессонница, дисменорея. Аппетит обычно не снижен, но больные часто значительно теряют в весе.

Депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза характеризуется триадой симптомов: сниженным настроением, замедлением темпа мышления и двигательной заторможенностью. Пониженное настроение может сочетаться с подавленностью, тоскливостью, тревогой. Поза, лицо больных выражают крайнюю степень отчаянья: опущенные плечи, скорбная мимика, остановившийся взгляд. Больные говорят тихим голосом, односложно отвечая на вопросы, иногда мутичны. Движения резко замедленны. В некоторых случаях у больных изменяется отношение к близким и родным, они теряют возможность к эмоциональным переживаниям прежней силы и очень страдают от утраты этих чувств (болезненное бесчувствие). Под влиянием сниженного настроения в новом свете пересматривается прожитая жизнь, переоцениваются свои поступки, поведение в прошлом. Им кажется, что они плохо работали, недостойно вели себя по отношению к окружающим, что они сами недостойные люди и всем приносили только несчастье. В связи с бредовыми идеями самоуничижения, виновности, греховности у больных часто возникают мысли о самоубийстве (суицидные мысли), которые нередко реализуются в действиях. Суицидные попытки возможны и в больничных условиях, поэтому такие больные нуждаются в строгом надзоре.

Описанные расстройства у больных в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза имеют максимальную выраженность в утренние часы, к вечеру их состояние обычно улучшается.

Характерными являются также некоторые соматические нарушения, в той или иной степени наблюдающиеся при депрессиях постоянно. К ним относятся отсутствие аппетита, снижение веса, нарушение менструального цикла, сна.

Иногда на высоте депрессии состояние моторной заторможенности сменяется тревожным возбуждением, когда больные в страхе мечутся по палате с криками о помощи, заламывают руки, бьются головой о стену. Для этих состояний характерны резко выраженная

тревога, убеждение, что с больными или их родственниками должно случиться что-то страшное. При этом больные могут нанести себе тяжелые увечья, повреждения, покончить жизнь самоубийством. Такие состояния называются взрывом тоски (raptus melancholicus) и являются особо опасными.

В пожилом возрасте депрессия может протекать с преобладанием в клинической картине бредовых идей ипохондрического содержания. Больные заявляют о том, что у них разрушились внутренности, остановилось сердце, высох мозг, не проходит пища и т. п. В таких случаях говорят о депрессивно-ипохондрическом синдроме.

Кроме типичных маниакальных и депрессивных фаз, в картине маниакально-депрессивного психоза могут наблюдаться так называемые **смешанные состояния,** в которых одновременно представлены как симптомы маниакальной, так и депрессивной триады. Наибольшее практическое значение имеет сочетание депрессивного настроения и речевой заторможенности с моторным возбуждением (ажитированная депрессия), которое особенно опасно в отношении реализации суицидных тенденций. Могут наблюдаться и другие смешанные состояния.

Течение заболевания характеризуется наличием светлых промежутков, разделяющих психотические приступы. В отличие от других эндогенных психозов дефект личности здесь практически отсутствует.

В некоторых случаях, когда маниакально-депрессивный психоз протекает в очень легкой форме с нерезко выраженными колебаниями эмоционального фона, говорят *о циклотимии.*

Лечение. Больным в маниакальных состояниях назначают углекислый (карбонат) литий, а также нейролептики (аминазин, галоперидол и др.). Депрессивную фазу психоза лечат назначением антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин). Для лечения тревожной и ажитированной депрессии применяют также электросудорожную терапию. С целью профилактики последующих приступов заболевания в последнее время с большой эффективностью применяют углекислый литий.

Большое значение имеют уход и надзор за этими больными. Следует помнить о большой опасности

депрессивных больных для самих себя в связи с наличием суицидных мыслей, склонности к самоистязанию. При гневливой мании иногда может наблюдаться агрессивное поведение. Необходимо следить за питанием больных, особенно депрессивных, которые по причине отсутствия аппетита или в связи с идеями самообвинения часто отказываются от еды. В этих случаях необходимо прибегать к искусственному кормлению. Следует также помнить о наклонности депрессивных больных к запорам, регулировать деятельность кишечника, применяя с этой целью слабительные средства, очистительные клизмы.

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Под влиянием психических травм могут возникать различные нарушения психической деятельности, которые относятся к психогениям. В основе психогенных заболеваний лежат функциональные расстройства центральной нервной системы. Они имеют относительно более благоприятный прогноз и характеризуются обратимостью. Клиническая картина, тяжесть и течение психогений зависят как от преморбидных особенностей личности больного, так и от характера психической травмы. Психотравмирующие ситуации могут возникать остро, внезапно, вызывать тяжелые переживания и выраженную дезорганизацию психической деятельности. С другой стороны, слабые, но длительные психотравмирующие воздействия также могут вести к значительным нарушениям психики. В первом случае чаще развиваются реактивные психозы, во втором — неврозы.

Реактивные психозы

Реактивные психозы чаще возникают у лиц со слабым типом нервной системы под влиянием сверхмощных экстраординарных психотравматизирующих воздействий (смерть близкого человека, угроза жизни больного или его родственников и т. п.). Клиническая картина реактивных психозов характеризуется наличием выраженных расстройств сферы восприятия, эмоций, мышления, сознания, грубыми поведенческими нарушениями. Реакции больных неадекватны возникающим

ситуациям, критика отсутствует. По сравнению с эндогенными реактивные психозы имеют более благоприятный прогноз и в принципе обратимы, однако в некоторых случаях, когда психотравмирующая ситуация имеет для больного исключительное значение и не может быть устранена в течение длительного времени, реактивные состояния принимают затяжной характер. Выделяют несколько форм реактивных психозов.

Аффективно-шоковые реакции возникают в стрессовой ситуации в результате внезапной и очень сильной психической травмы (землетрясение, пожар, наводнение, транспортная катастрофа и т. п.). Протекают они в виде реактивного возбуждения, сопровождающегося сужением поля сознания, паническим страхом, бессмысленным поведением, препятствующим спасению больного, или в виде реактивного ступора с немотой, оцепенением, обездвиженностью, что в ситуации, угрожающей жизни, тоже часто является неадекватной формой реагирования. Впоследствии у больных с этими состояниями обычно наблюдается амнезия.

Реактивная депрессия выражается в появлении подавленности, резко сниженного настроения в ответ на переживание большого горя, несчастья, утраты. Больные заторможены, с трудом вступают в контакт. Мимика, речевые реакции оживляются, когда так или иначе упоминаются обстоятельства, послужившие причиной развития болезненного состояния. Все остальное время больные погружены в мучительные раздумья о случившемся. Часто без всяких на то оснований они считают себя виновниками происшедшего, расценивают свое поведение как преступное. В связи с бредовыми идеями самообвинения, самоуничижения могут возникать мысли о самоубийстве, которые иногда реализуются. В других случаях больные постоянно говорят о том, что они заслуживают самого сурового наказания, упорно отказываются от еды. Нередко при реактивной депрессии наблюдаются зрительные или слуховые галлюцинации, содержание которых также имеет самую тесную связь с психотравмирующей ситуацией. Иногда депрессивные переживания могут достигать такой глубины, что больные теряют возможность облегчить свое горе плачем.

В отличие от депрессий другого происхождения содержание всех болезненных проявлений психологически понятно, а их выраженность определяется остротой переживания травмирующей ситуации, при разрешении которой состояние больных постепенно начинает улучшаться.

Реактивный параноид представляет собой бредовую реакцию на конфликтную ситуацию, ссору, необоснованные подозрения, выражающуюся чаще всего в развитии бреда отношения, преследования. Больные испытывают страх, тревогу, чувство недоверия к окружающим. На этом фоне обычно остро возникают бредовые мысли о том, что за ними следят, наблюдают, что их собираются отравить, убить и т. п. Мнимыми преследователями, как правило, оказываются лица, имеющие то или иное отношение к реальной конфликтной ситуации. Иногда в структуре синдрома, наряду с бредовыми идеями преследования, наблюдаются расстройства восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций неприятного, угрожающего содержания. При реактивных параноидах также отмечается самая тесная связь между динамикой, содержанием и выраженностью болезненных переживаний и особенностями психотравмирующей ситуации. Побуждаемые патологическими идеями, больные могут вести себя крайне неадекватно, представляя своими действиями иногда большую опасность как для окружающих, так и для себя.

Примитивные истерические реакции возникают в ситуации, угрожающей свободе или жизни больного (при взятии под стражу, вынесении приговора и т. п.). Здесь часто наблюдаются *истерические расстройства сознания* с нарушением ориентировки, извращенным пониманием ситуации (иногда прямо противоположным тому, что есть на самом деле). Другой формой примитивных истерических реакций является *псевдодеменция* (ложное слабоумие), при которой больные часто производят впечатление симулянтов, настолько нарочито нелепы их действия, ответы, выражение лица. Больные ходят, широко расставив ноги, держатся за стены, таращат глаза, хмурят брови. На простые вопросы отвечают самым нелепым образом. От истинной деменции это состояние отличается обратимостью. При *пуэрилизме* больные, как

бы забывая или нарочито игнорируя трудную для них ситуацию, ведут себя беззаботно-дурашливо, как дети. Они играют в куклы, прыгают через веревку, хлопают в ладоши. Речь их по форме и содержанию также напоминает детскую. Часто пуэрилизм сочетается с псевдодементным поведением.

Л е ч е н и е реактивных состояний в первую очередь опирается на устранение (если это возможно) психотравмирующей ситуации или изменение к ней отношения больного психотерапевтическими и медикаментозными воздействиями. Большое значение имеет сочувственное отношение окружающих, переключение интересов, внимания больного на что-либо иное. Симптоматически применяются различные психофармакологические средства.

Неврозы

Так же, как и реактивные психозы, неврозы являются психогенными заболеваниями. Они развиваются в результате длительного воздействия психотравмирующей ситуации при меньшей силе и остроте. В этих случаях речь, как правило, идет о семейных, бытовых, производственных конфликтах, которые не всегда даже осознаются больными как ситуации психотравмирующие. Глубина расстройств психической деятельности при неврозах сравнительно меньше — здесь не наблюдается грубых нарушений мышления, восприятия, сознания, сохраняется возможность критического отношения к окружающему и к своему состоянию. Неврозы чаще возникают при сочетании конфликтной ситуации с соматическим наблагополучием, переутомлением, другими дополнительными вредностями, которые, хотя и не являются причиной заболевания, имеют большое патогенетическое значение. Также важную роль играют некоторые врожденные конституциональные особенности, которые у ряда лиц определяют большую частоту, тяжесть и длительность невротических реакций. В клинической картине неврозов представлены в основном вегетативные, соматические и аффективные нарушения, которые не вызывают выраженной патологии поведения и сравнительно легко поддаются лечению. В некоторых случаях, когда психотравмирующая ситуация длится

годами, невроз может перейти в невротическое развитие личности.

Неврозы подразделяют на неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний.

Неврастения чаще развивается у лиц, склонных к быстрой утомляемости, истощаемости, неустойчивости настроения. Эти особенности присущи им в обычном состоянии. Под влиянием психотравмирующей ситуации у них возникает невротическая реакция в виде астенического синдрома. Отмечаются снижение работоспособности, головные боли, снижение аппетита, бессонница по ночам и вялость, сонливость днем. У больных нарушается концентрация внимания. Они становятся обидчивыми, нетерпеливыми, ипохондричными. Наблюдаются различные вегетативные расстройства: колебания артериального давления, тахикардия, повышенная потливость, тремор, нередко нарушается половая функция. В связи с быстрой истощаемостью повышается порог чувствительности. Больные становятся раздражительными («раздражительная слабость»), легко возбудимыми, склонными к резким колебаниям настроения. В этих случаях говорят о гиперстенической форме неврастении. Если на передний план в клинической картине выступают быстрая утомляемость, апатия, вялость, – это гипостеническая форма.

Лечение неврастении должно сочетать психотерапевтический подход, имеющий своей целью выработку адекватного отношения к конфликтной ситуации, с общеукрепляющими и симптоматическими воздействиями. Больному необходим длительный отдых, рекомендована перемена обстановки. Важно заставить больного поверить в собственные силы, помочь найти разумные решения социальных, семейных проблем. Из медикаментозных средств применяют транквилизаторы, иногда с целью нормализации сна – снотворные. Показаны витаминотерапия, различные укрепляющие физиотерапевтические процедуры.

Истерия чаще возникает как реакция на психотравмирующую ситуацию у лиц с истерическими психопатическими чертами характера, но может наблюдаться и у людей без патологических характерологических особенностей. Этот вид невроза встречается преимущественно у женщин. Клинические проявления

истерии чрезвычайно полиморфны, за что она получила название «великой притворщицы». Истерического происхождения расстройства – боли, параличи, рвоты, спазмы, слепота, глухота, припадки и др. – внешне могут быть неотличимы от симптомов многих других соматических и психических заболеваний. Тщательное обследование больных, однако, не обнаруживает при этом каких бы то ни было органических нарушений. Иногда очевидна связь содержания психотравмирующей ситуации с теми или иными истерическими проявлениями, когда болезненный симптом является символическим выражением переживаний больного (например, истерическая слепота как реакция на супружескую измену, очевидцем которой стала больная). Вне зависимости от локальных расстройств всем больным истерией свойственны неустойчивость настроения, склонность к аффектам, театральность, демонстративность в поведении. Любыми средствами они стремятся поставить себя в центр внимания, произвести на окружающих впечатление своей внешностью, манерой общения, взглядами, привычками. Характерны также переоценка, претензии на исключительность, эгоизм. Вместе с тем больные внушаемы, склонны к подражательному поведению.

Часто при истерии наблюдаются *судорожные припадки,* которые напоминают эпилептические. В отличие от последних они, как и прочие проявления этого заболевания, возникают в связи с конфликтной ситуацией или при напоминании о ней. Больные сохраняют возможность до некоторой степени контролировать свои действия. Гораздо реже, чем при эпилептическом припадке, они травмируют себя в момент падения; выраженность судорожного компонента, продолжительность припадка зависят от реакции на него окружающих. В присутствии проявляющих сочувствие людей припадок продолжается дольше и наоборот.

Эти особенности объясняются тем, что здесь не бывает полного выключения сознания. По этой же причине у больных сохранены сухожильные и глазные (в том числе зрачковый) рефлексы. Не всегда наблюдается последовательность в развитии тонических и клонических судорог, характеризующая эпилептический припадок. Движения больных хаотичны или

имеют символический смысл – они рвут на себе одежду, царапают лицо или принимают «страстные позы», заламывают руки и т. п. После истерического припадка могут сохраняться частичные воспоминания. Продолжительность его сравнительно большая. Важной обязанностью среднего медицинского персонала является тщательное и точное описание судорожных припадков в дневнике наблюдения.

В лечении истерического невроза центральное место занимает психотерапия, направленная на адаптацию больного к условиям реальной жизни. Следует помнить, что истерия – это болезнь, и поэтому насмешки, раздражительность в связи с особенностями поведения больных недопустимы. В общении с такими пациентами необходимо сочетание доброжелательности с уравновешенностью и твердостью. Чрезмерное внимание и угодливость также нежелательны. Из фармакологических средств чаще применяют транквилизаторы.

Невроз навязчивых состояний чаще возникает при наличии психастенических черт, но может наблюдаться и у людей без аномальных особенностей характера. Он выражается самыми различными навязчивыми явлениями – сомнениями, опасениями, мыслями, страхами, действиями и др. Наиболее часто встречаются страхи (фобии): страх заболеть раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), страх умереть от заболевания сердца (кардиофобия), страх открытых и закрытых пространств, высоты, острых предметов и пр. Фобии возникают под влиянием психотравмирующих переживаний и в дальнейшем фиксируются в сознании больных. Повторение аналогичной ситуации и даже упоминание о ней могут возобновить навязчивые страхи. Как правило, они сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами: потливостью, тремором, гиперемией, нарушениями сердечного ритма. Имея критику к болезни, больные обычно понимают всю нелепость своих опасений, но заставить себя не думать о них не могут. Некоторое облегчение им дает переключение на какие-то иные мысли, действия. В процессе развития невроза навязчивых состояний больные вырабатывают различные по форме ритуалы, играющие роль своеобразных защитных реакций. Часто внешне они весьма нелепы и выглядят как бессмысленные действия. Например, для того, чтобы

преодолеть свой страх перед выходом из помещения, больной должен (по его мнению) несколько раз проскакать на одной ноге вдоль стен и вперед спиной выйти в дверь. Нередко встречается навязчивый счет цифр, букв, освещенных окон, пешеходов и т. п.

Длительность невроза навязчивых состояний бывает различна: от нескольких месяцев до нескольких лет.

Лечение при большой длительности заболевания представляет нелегкую задачу. Большое значение имеет психотерапия. Важно не только установить причину декомпенсации больного в настоящем, но и постараться вскрыть психотравмирующую ситуацию, на которой могла произойти болезненная фиксация в прошлом (иногда в детстве) и которая забыта теперь. Показаны общеукрепляющая и физиотерапия, назначение транквилизаторов (элениум, седуксен и др.).

Ятрогении

К психогенным заболеваниям относятся также ятрогении, причиной которых является неправильное поведение медицинского работника в отношении больного. Они могут протекать с картиной фобического невроза, сверхценных ипохондрических идей или даже в виде реактивной депрессии с суицидными мыслями. Каждый медицинский работник должен помнить, что в глазах больного он является исключительной фигурой, что любое, на первый взгляд, самое несущественное его высказывание, действие, жест имеют для пациента особый смысл, обязательно принимаются к сведению и идут ему либо на пользу, либо во вред. В общении с больными необходимо проявлять известную сдержанность, избегать поспешных выводов, опрометчивых суждений. Следует с осторожностью пользоваться специальной терминологией, строго соблюдать правила оформления и хранения медицинской документации.

ПСИХОПАТИИ

Под психопатиями понимаются такие болезненные состояния, при которых врожденные аномалии, уродства характера затрудняют или делают невозможным приспособление личности к социальной среде. Психо-

патия, как патология характера, формируется с раннего детства и на протяжении всей последующей жизни человека определяет собой особенности его реакций, поведения, взаимоотношений с окружающими. В этом смысле психопатия не является заболеванием с определенным началом, течением, исходом. С другой стороны, она не может быть отнесена и к норме, поскольку выраженность патологических особенностей характера при психопатии такова, что гармоничная адаптация личности к условиям социального окружения становится невозможной. Психопаты не только сами страдают от своего характерологического уродства, но и причиняют много страданий, делая «ненормальной» жизнь близких людей. При этом они могут обладать высоким интеллектом и целым рядом ценных человеческих качеств, которые иногда позволяют им добиваться больших успехов и приносить пользу обществу. В других случаях, наоборот, – патологический характер, неумение строить отношения с людьми препятствуют реализации подчас незаурядных способностей, и психопат превращается в обиженного «неудачника», ничего не сумевшего достичь в жизни.

При большом многообразии форм психопатий все они характеризуются стойкой дисгармонией эмоционально-волевой сферы, поведенческими нарушениями. Такие больные с трудом уживаются в любом коллективе, у них часто наблюдаются конфликты, связанные с неадекватностью реакций, аффективная неустойчивость, агрессивность. Другие, наоборот, теряются в трудных ситуациях, робки, застенчивы, не могут отстоять своих интересов и очень страдают от этого. Часто больные в полной мере сознают свои недостатки и имеют к ним критическое отношение, однако изменить что-либо при этом они не в силах. В зависимости от внешних обстоятельств, возраста, соматического состояния патологические черты характера могут сглаживаться и заостряться, но, если речь идет об истинной психопатии, они никогда не исчезают бесследно. Психопатии являются благоприятной почвой для возникновения различных вторичных патологических расстройств, как невротических, так и психотических. С другой стороны, многие психические заболевания, разрушая, изменяя человеческую личность, ведут к развитию похожих

состояний, которые называются психопатоподобными. Дифференциальная диагностика в этих случаях часто бывает весьма трудной.

В течении психопатии более или менее удовлетворительная адаптация к окружающему, когда психопатические черты относительно компенсированы, обычно чередуется с периодами декомпенсации, когда появляется необходимость в амбулаторном или стационарном лечении больного. В некоторых случаях состояние декомпенсации становится хроническим. Под влиянием различных причин аномальные особенности характера начинают прогрессивно усиливаться. Болезненные расстройства при этом более тяжелы и могут достигать психотического уровня, однако развиваются они на прежней болезненной основе; никаких принципиально новых психопатологических проявлений не наблюдается. В этих случаях говорят о патологическом развитии личности. Наиболее часто встречается бредовое (паранойяльное) патологическое развитие, которое может возникать на основе различных психопатий.

В происхождении и развитии психопатий играет роль сочетание неблагоприятных наследственных (врожденных) задатков и неблагополучных внешних условий, в частности неправильного воспитания. В конкретных случаях ведущее значение может иметь либо один, либо другой фактор.

Общепризнанной классификации психопатий не существует, однако в зависимости от особенностей высшей нервной деятельности выделяют некоторые основные типы.

Возбудимые психопаты характеризуются повышенной раздражительностью, взрывчатостью. У них недостаточно развито внутреннее торможение, что делает их обидчивыми, вспыльчивыми, неспособными к самоконтролю в трудных ситуациях. Они легко выходят из себя по любому поводу, склонны к бурным аффективным реакциям, совершенно неадекватным вызвавшей их ситуации, могут быть агрессивны. Если они по разным причинам не имеют возможности излить свою ярость, гнев на окружающих, то объектом агрессивного поведения могут стать они сами. В этих случаях больные рвут на себе одежду, наносят повреждения, предпринимают суицидные по-

пытки. Успокоившись, больные стараются загладить свою вину, осознают неправильность своего поведения, раскаиваются в содеянном. Однако даже возможность критического отношения не избавляет их от подобных эксцессов в дальнейшем. Часто у психопатов этой группы наблюдаются и так называемые эпилептоидные черты характера: злопамятность, упрямство, вязкость, ригидность. Возбудимые психопаты неуживчивы, очень тяжелы в быту, могут совершать антисоциальные действия.

Тормозимые психопаты (астенического и психастенического типа). К этой группе относятся больные с тревожно-мнительным, нерешительным характером. Они отзывчивы, доброжелательны, но постоянно мучаются чувством собственной неполноценности, неуверенности в себе. Это люди с пониженной самооценкой, но нередко болезненно самолюбивые и потому легко уязвимые и ранимые. Повышенная впечатлительность сочетается у них с быстрой истощаемостью, невыносливостью к длительным нагрузкам, поэтому в быту, на работе они всячески уклоняются от того, что требует напряжения. В связи с этим они с трудом привыкают к новой обстановке, избегают новых знакомств, стремятся во что бы то ни стало сохранить привычный образ жизни. Особенно неуверенно чувствуют себя больные, когда им приходится выступать публично – на собраниях, перед аудиторией и т. п. Они легко теряются, впадают в уныние. При астенической психопатии иногда наблюдаются раздражительность, слезливость.

Отличительной чертой психастении является наклонность к постоянным сомнениям. Больному чрезвычайно трудно принять самое пустяковое решение. Он постоянно размышляет над одними и теми же вопросами, взвешивая все «за» и «против», но так и не приходит к определенному выводу. Для этих больных характерны так называемая «умственная жвачка», бесплодное рассуждательство, не ведущее к конкретным действиям. Нередко это люди тактичные, деликатные, щепетильные в отношении окружающих, однако к себе они предъявляют повышенные требования и поэтому тоже страдают от неуверенности. Часто их мучают угрызения совести, опасения, страхи, которые приобретают навязчивый характер, и тогда

говорят о различных фобиях. Тревожная мнительность может проявляться также и в отношении состояния своего здоровья. Больные начинают следить за физиологическими отправлениями своего организма, фиксируют внимание на различных ощущениях, бесконечно анализируя симптомы мнимых болезней. Такую психопатию называют ипохондрической.

Истерическая психопатия. Для этой формы характерна повышенная эмоциональность, которая выражается в неадекватно бурном предъявлении своих чувств, неустойчивости настроения, склонности к экзальтации, театральности. Больные как будто играют какую-то несвойственную им роль, держатся нарочито, неестественно, фальшиво. По самым ничтожным поводам они восторженно восхищаются или страстно негодуют, бурно радуются или трагически рыдают, ни в чем не имея чувства меры. При этом эмоции их неглубоки и непостоянны. Истерики склонны к эгоцентризму и стремятся быть в центре внимания. В своем желании привлечь внимание окружающих они легко идут на поводу у своей фантазии. Увлекшись и теряя чувство реальности, они на ходу сочиняют необыкновенные истории, в истинности которых не только пытаются убедить остальных, но и не сомневаются сами. В этих случаях говорят о «фантастической псевдологии». И в других отношениях мышление больных определяется скорее не логикой, а колебаниями эмоционального фона, поэтому такие больные часто принимают желаемое за действительное, непоследовательны в своих поступках, переменчивы, противоречивы в оценках. Эти особенности, а также стремление к самоутверждению во что бы то ни стало, делают их неуживчивыми в коллективе, создают почву для конфликтных отношений с окружающими, нарушают социальную адаптацию. Страдающие истерической психопатией в ответ на трудные жизненные ситуации могут давать различные патологические реакции – судорожные припадки, аффективные вспышки, совершать суицидные попытки и пр. Больные обладают большой внушаемостью и самовнушаемостью, что объясняет появление функциональных расстройств, внешне очень похожих на симптомы многих соматических и психических заболеваний (бесплодие, неукротимая рвота, параличи и т. п.).

Эмоционально лабильные психопаты выделяются в отдельную группу по признаку периодических колебаний эмоционального фона. У одних больных преобладает пониженное настроение, доходящее до глубокой тоски, меланхолии. Это люди угрюмые, мрачные, настроенные пессимистически, как бы ни складывались их жизненные обстоятельства. У других чаще наблюдаются состояния повышенного настроения с беззаботностью, оживленностью, легковесностью. Они суетливы, говорливы, часто беспорядочны в делах, поступках. На окружающих производят впечатление людей преуспевающих и благополучных («солнечных» натур). На самом же деле они обычно являются весьма заурядными, недалекими, поверхностными. У третьих колебания настроения имеют циклический характер – гипотимные состояния сменяются гипертимными и наоборот, причем эти колебания эмоционального фона происходят без каких бы то ни было внешних причин. В таких случаях говорят о циклотимии.

Выделяют также группу **перверзных психопатов,** у которых наблюдаются те или иные виды половых извращений. Сравнительно часто встречается гомосексуализм – половое влечение к лицам того же пола. У некоторых больных наблюдается содомия – половое влечение к животным или педофилия – половое влечение к малолетним. При садизме половое удовлетворение достигается путем причинения физической боли, страданий половому партнеру. Знание особенностей половой функции в норме и патологии имеет большое значение в практике судебно-психиатрической экспертизы.

Лечение психопатий сопряжено с большими трудностями. Гораздо лучшие результаты дает правильно организованная профилактическая работа. Ребенку с патологическими психопатическими чертами должно быть уделено особое внимание. В процессе воспитания следует создать такие условия, при которых психопатические черты характера не получили бы дальнейшего развития. И, наоборот, необходимо всемерно поощрять и развивать нормальные тенденции, качества личности. Большую роль в этом отношении играют здоровый психологический климат в детском коллективе, активная педагогическая работа, трудовое

воспитание подростка. В трудных случаях прибегают к медикаментозному лечению транквилизаторами, нейролептиками. Показаны также психотерапия, физиотерапевтические процедуры.

ОЛИГОФРЕНИИ

Олигофрения – это врожденное или развившееся в первые годы жизни слабоумие. Под влиянием различных причин при этих заболеваниях нарушается нормальное развитие мозга и всей психики в целом. У больных наблюдаются эмоционально-волевые, двигательные и прочие психические расстройства, однако центральное место в клинической картине занимают нарушения интеллектуальной деятельности.

Врожденное слабоумие в отличие от приобретенного не является прогрессирующим процессом. Под влиянием медико-воспитательных воздействий в отдельных случаях можно добиться даже некоторого улучшения психического функционирования.

Нередко снижение интеллекта сочетается с различными физическими уродствами, нервными, эндокринными и биохимическими нарушениями. В зависимости от его глубины, олигофрению условно подразделяют на идиотию, имбецильность, дебильность. Внутри каждой группы выделяют также легкую, среднюю и тяжелую степени.

Идиотия является самой тяжелой степенью врожденного слабоумия. Вторая сигнальная система у больных идиотией не развита. Они лишены речи и способны выражать свое эмоциональное состояние лишь нечленораздельными звуками. У этих больных может также нарушаться инстинктивная деятельность. При тяжелых степенях идиотии больные не отличают съедобные предметы от несъедобных, могут быть агрессивны к тем, кто их кормит, занимаются членовредительством. Они совершенно не способны к обучению, трудовой деятельности, не в состоянии обслуживать себя. Часто при идиотии наблюдаются выраженные общесоматические нарушения, физические пороки, по причине чего больные обладают малой жизнеспособностью и часто погибают от различных присоединившихся заболеваний (например, инфекционных).

Эти больные совершенно беспомощны, нуждаются в тщательном надзоре и уходе, что, как правило, возможно только в условиях специального учреждения.

Имбецильность относится к средней степени психического недоразвития. В отличие от идиотии при имбецильности больные способны к простейшим формам психической деятельности (например, к образованию представлений). Они обладают возможностью удерживать в памяти названия ограниченного числа предметов и пользоваться своим более чем скромным словарным запасом. Мышление их примитивно, речь косноязычна, имеет грубые дефекты (картавость, заикание, шепелявость и т. п.). Эмоциональные реакции при имбецильности также крайне несовершенны. Одни больные угрюмы, злобны, склонны к агрессии, другие – угодливы, доверчивы, услужливы. В процессе настойчивого обучения больные способны приобретать элементарные трудовые навыки; им можно и нужно прививать навыки самообслуживания (умение раздеваться и одеваться, самостоятельно есть, подметать пол и т. п.). При средней и легкой степенях имбецильности больные даже могут обучаться во вспомогательной школе.

Дебильность представляет собой наиболее легкую степень врожденного слабоумия. Мышление этих больных характеризуется конкретностью. Образование абстрактных понятий невозможно. Они не в состоянии понимать переносный смысл пословиц, поговорок. Словарный запас больных ограничен несколькими сотнями слов. Механическая память может быть развита у них достаточно хорошо, но, запоминая стихи, отдельные фразы, инструкции, больные употребляют их без учета обстоятельств, часто не к месту. Не имея критики, многие из них переоценивают свои способности, возможности и очень обижаются, когда им делают замечания. Дебилы склонны к подражательному поведению, внушаемы. Этим иногда пользуются антисоциальные элементы, привлекая их к соучастию в преступлениях. Нередко при дебильности имеет место расторможенность влечений, в частности полового. Извращение сексуального поведения может делать больных опасными для окружающих. Иногда при дебильности наблюдаются злобность, упрямство, агрессивность, но, как правило, они добродушны,

послушны, ласковы. Обучение в обычной школе является для дебилов непосильным, хотя иногда они и попадают туда по недоразумению. Гораздо целесообразнее обучать этих больных во вспомогательных школах по специальной программе с уклоном на трудовое воспитание. Овладев той или иной несложной специальностью, больные в дальнейшем могут успешно работать и приносить пользу обществу.

Олигофрении возникают вследствие различных причин – генетических аномалий, болезней родителей (сифилис, туберкулез, токсоплазмоз и др.), асфиксии плода, родовой травмы. Большое значение в происхождении олигофрении имеют наркоманические интоксикации, алкоголизм у родителей. Остановку нормального психического развития могут повлечь за собой различные заболевания первых лет жизни – менингиты, энцефалиты и др.

Лечение олигофрений является симптоматическим. Важную роль играют профилактические мероприятия, которые в ряде случаев (например, при некоторых генетических аномалиях) дают очень хорошие результаты. Медицинские воздействия должны сочетаться с педагогическими. Большое значение имеют целенаправленное трудовое воспитание, правильная организация труда и быта этих больных.

Глава 4

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Нарушения процесса отражения реальной действительности, снижение или полное отсутствие критического отношения к болезненному состоянию, неадекватные переживания и поведение, невозможность руководить своими действиями и многие другие патологические явления отличают больных с психическими нарушениями от соматических больных и тем самым определяют целый ряд существенных особенностей в их лечении и наблюдении за ними.

Как уже изложено, качественные характеристики и выраженность психических расстройств чрезвычайно разнообразны – от легких и кратковременных патоло-

гических психических реакций до грубых расстройств сознания и выраженного слабоумия, поэтому медицинский работник лечебно-профилактического учреждения любого профиля часто может иметь дело с психически больными. Однако, благодаря четкой организации системы здравоохранения в нашей стране и тесному взаимодействию между медицинскими учреждениями, для каждого типа лечебно-профилактического подразделения характерен круг больных с определенными психическими нарушениями. Вопросы лечения и ухода мы разделяем относительно больных, находящихся в соматических учреждениях и в учреждениях психиатрического профиля, хотя не исключено, что нарушения, преимущественно наблюдаемые в психиатрической больнице, могут встретиться в амбулаторной практике или у больных, госпитализируемых в отделения соматического профиля.

НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ

В больницах любого профиля весьма высок процент больных, у которых, наряду с основным соматическим заболеванием, имеются непсихотические расстройства психической деятельности: патологические психические реакции на болезнь, невротические и неврозоподобные состояния. Как правило, больные с этими нарушениями лечатся по месту госпитализации и не переводятся в психиатрические учреждения.

В отношении этих больных со стороны средних медицинских работников требуется соблюдение всех правил психотерапевтического подхода. Они требуют терпеливого внимания. Жалобы их могут быть настойчивыми, однако не следует высмеивать необоснованную озабоченность больного. Больные субъективно тяжело переживают имеющиеся у них страхи и подозрения, и легковесные замечания по поводу этих нарушений могут только привести к утрате контакта с ними или к протестным реакциям. Беседы с больными должны быть направлены на преодоление тревожности и мобилизацию их активности на борьбу с заболеванием. Проявляя к этим больным внимание, беседуя с ними, не следует в то же время идти на поводу их требований о выдаче успокаивающих, обез-

боливающих или снотворных лекарств, об изменении предписанного им режима. Позиция медицинской сестры должна быть сопереживающей по отношению к больному, но твердой в отношении всех назначений, сделанных врачом. Только врач может изменить назначения – помощь медсестры ограничивается их выполнением, сочувствием больному и внимательным уходом за ним. Четкость подобной позиции ни в коей мере не умаляет престижа медицинской сестры, не роняет ее авторитета в глазах больного. Напротив, если эта линия проводится твердо, больной постепенно убеждается в том, что в его лечении существует определенная система и только она может помочь ему.

Выраженные депрессивные и особенно тревожно-депрессивные реакции требуют усиленного наблюдения за больными. У таких больных могут появляться суицидные мысли и намерения, о которых необходимо сразу же ставить в известность врачей.

У больных, склонных к развитию истерических реакций, характеризующихся демонстративностью, театральностью в выражении чувств и в поведении, стремлением добиться удовлетворения каких-то своих желаний, твердость в неукоснительном выполнении режима и врачебных назначений должна осуществляться особенно четко.

Психотерапевтический контакт медицинской сестры с больными, у которых имеются патологические психические реакции на болезнь или другие невротические расстройства, имеет большое значение не только для этих больных, но и для всей психологической атмосферы в отделении. Своими переживаниями, особенностями своего поведения эти больные часто вызывают разного рода ответные психологические реакции со стороны других больных. Противоречивость высказываний среднего персонала, нередко правильно, но бестактно сделанное замечание или возникающие коллективные обсуждения накаляют обстановку, неблагоприятно сказываются на состоянии многих больных. Это еще раз говорит о том, что на психотерапевтические беседы с больными, которые в этом нуждаются, медицинская сестра не должна жалеть времени. Конечно, это не должно делаться в ущерб обслуживанию других больных. Если сестра

занята, она всегда может сказать больному, что внимательно выслушает его, когда закончит неотложные дела. Никогда, однако, нельзя забывать данного больному обещания.

Помимо патологических психических реакций на болезнь, у больных, находящихся на лечении в соматических отделениях, нередко возникают психические расстройства, являющиеся одним из проявлений основного заболевания. Среди них выделяют кратковременные нарушения психики и более длительные психические расстройства, которые иногда, достигая значительной степени выраженности, становятся ведущими в течении заболевания. В таких случаях говорят о симптоматических, или соматогенных, психозах.

К числу наиболее часто встречающихся кратковременных расстройств психики у соматических больных относятся делириозные состояния. Могут наблюдаться картины от развернутого делирия (со всеми присущими ему симптомами) до состояний, когда галлюцинаторные нарушения отсутствуют и у больных наблюдается лишь спутанность сознания: они не понимают, где они находятся, что с ними происходит, поэтому их поведение не соответствует окружающей обстановке. Например, больной после перенесенного тяжелого инфаркта миокарда, лежащий в реанимационной палате, делает попытки встать с кровати, не подчиняется замечаниям медицинской сестры, пытается снять прикрепленные к телу датчики или капельницу, говорит что-то невнятное, но иногда отвечает на вопросы правильно.

Делириозные состояния подобного рода развиваются вследствие интоксикации, возникающей в результате поступления в кровь продуктов тканевого распада, рассасывания отеков и т. п. Наиболее часто они наблюдаются при повышении температуры, после травм, при сердечно-сосудистой недостаточности, хронических заболеваниях дыхательной системы, сопровождающихся сердечно-сосудистой недостаточностью, острых инфекционных заболеваниях дыхательных путей, после хирургических вмешательств, при опухолях, анемии и дегидратации, при витаминной недостаточности и алиментарном истощении. У больных, страдающих алкоголизмом, даже небольшая степень выраженности перечисленных патологических состояний может вы-

звать развитие делириозного синдрома. Повышен риск возникновения состояний спутанности у больных пожилого возраста.

При длительно протекающих заболеваниях, сопровождающихся выраженным истощением организма, возможно появление отдельных признаков аментивных расстройств: растерянности, повышения пассивного внимания, нарушения способности к синтезу. Появление этих симптомов свидетельствует о более тяжелом состоянии.

При возникновении спутанности сознания, делириозных или аментивноподобных расстройств необходимо вызвать лечащего или дежурного врача, удержать больного в кровати. По назначению врача, обычно парентерально, вводят раствор седуксена, большие дозы витаминов. Внутривенное вливание физиологического раствора или 5% раствора глюкозы оказывает положительный эффект, однако общее количество вводимых растворов не должно быть слишком большим (рекомендуется не более 500 мл) во избежание возможного развития отека мозга. Ввиду наличия подобной опасности больным производят внутримышечные инъекции сернокислой магнезии. Очень важно добиться того, чтобы больной заснул, так как часто все эти явления после сна не возобновляются. Состояние сердечной деятельности требует особого внимания, так как возможно развитие явлений сердечно-сосудистой недостаточности. Больные должны находиться под постоянным наблюдением медицинской сестры. Продолжительность описанных психотических эпизодов бывает от нескольких часов до 2–3 дней. Чаще всего они возникают в вечернее время.

При инфекционных заболеваниях делириозные синдромы развиваются довольно часто. Больные лечатся на месте. Необходимо выделение отдельного круглосуточного поста для наблюдения и ухода за этими больными.

К более длительным психическим расстройствам относятся, во-первых, астенические состояния, являющиеся следствием истощения нервной системы и часто развивающиеся при хронических заболеваниях. Большие кровопотери, нарушения питания и обмена относятся к числу непосредственных причин, вызываю-

щих эти нарушения. Больные с астеническим синдромом также лечатся на месте. В общении с больными должны учитываться те явления раздражительной слабости, которые характеризуют состояние их психической деятельности. Создание спокойной обстановки, исключение излишних раздражителей, шума, мягкий и ободряющий психотерапевтический подход являются необходимыми условиями для облегчения состояния этих больных. Лечебные мероприятия в первую очередь направлены на ликвидацию причин, вызвавших астению, и дополнены введением средств общеукрепляющего действия. Если причины, лежавшие в основе развившейся астении, ликвидированы, а астеническое состояние имеет склонность к затяжному течению, применяются биогенные стимуляторы или психостимуляторы.

К длительным психическим расстройствам, приобретающим ведущее значение в клинической картине, относятся так называемые соматогенные психозы (см. стр. 66). Эти больные нуждаются в переводе в психиатрическую больницу.

Следует остановиться также на том, что в соматические больницы, естественно, могут госпитализироваться психически больные, находящиеся в состоянии ремиссии, но страдающие каким-либо соматическим заболеванием. Во время пребывания в отделении у этих больных могут наблюдаться определенные странности в поведении и в высказываниях, могут возникать и обострения психопатологической симптоматики. В этих случаях обычно назначается консультация психиатра, который определяет, может ли больной находиться в соматическом отделении или должен быть переведен в психиатрическую больницу.

Однако следует особо оговорить группу больных, страдающих алкоголизмом и наркоманиями. При срочной их госпитализации обычно на 2–3-й день после поступления может развиться абстинентный синдром, поскольку обрывается прием веществ, от которых они находятся в состоянии физической зависимости. Медицинский персонал должен внимательно следить за первыми признаками развивающегося абстинентного синдрома и принять меры к его купированию, так как в противном случае у больных могут развиться тяжелые делириозные расстройства, возникнуть

эпилептиформные припадки или явления сердечной недостаточности.

В случаях длительного, хронического течения тяжелых соматических заболеваний у больных могут постепенно развиваться и нарастать патологические расстройства характера. Больные становятся повышенно раздражительными, придирчивыми. На депрессивном или дисфорическом фоне настроения легко возникают неадекватные психические реакции. У больных может развиться склонность к конфликтному поведению с окружающими. Нередко они обращаются с устными или письменными жалобами на плохое отношение к ним, низкое качество обслуживания. При этом они могут опираться на реально существующие погрешности, но придают им непомерно большое, обобщающее значение. Не следует обижаться на высказывания и действия больных, которые вызваны болезненными расстройствами. Доброжелательное отношение, хороший психотерапевтический контакт, сочетающиеся с требовательностью по отношению к себе и больным, являются лучшими средствами по преодолению возникающих недоразумений.

В последнее время, благодаря крупным достижениям медицины, все большее распространение приобретают сложные оперативные методы лечения некоторых хронических заболеваний сердца, печени, почек, операции по пересадке жизненно важных органов. Для лечения таких больных создаются специальные отделения, оснащенные мощной современной техникой. Однако какими бы совершенными ни были технические средства, центральными фигурами в процессе лечения больных остаются врачи и другие медицинские работники. Более того, больные, которые в течение длительного времени связаны с исследующей, регистрирующей или лечебной аппаратурой, испытывают особенно большую потребность в психологическом контакте с медицинским персоналом. Не прибору, а именно медицинскому работнику больные могут высказать свои тревоги, опасения относительно своего самочувствия; часто их беспокоит вопрос, исправно ли действует аппаратура, нет ли каких-либо перебоев в ее работе; они внимательно прислушиваются к различным звукам и шумам. В эти минуты они должны слышать от медицинского ра-

ботника слова утешения и ободрения, снимающие страхи и вселяющие уверенность в выздоровление. Медицинская сестра всегда должна быть готова к оказанию психологической поддержки: в предоперационном периоде, накануне операции, когда тревожные ожидания больных достигают наивысшей степени, в послеоперационном периоде, когда больные ищут уверенности в том, что все пережитое оказалось не напрасным. В такой психологической поддержке нуждаются даже те больные, которые не задают никаких вопросов. Их переживания могут быть даже более глубокими, и вовремя сказанное слово, одобряющее их выдержку, замечание о признаках благоприятного течения болезни высоко ими оцениваются и имеют важное успокаивающее и стимулирующее значение.

Особого рассмотрения заслуживает вопрос о лечении гемодиализом больных хронической почечной недостаточностью. Как известно, многократные сеансы гемодиализа применяются в этих случаях как самостоятельный метод лечения, так и в период подготовки больных к операции по трансплантации почки. Состояние многих больных, особенно в терминальной стадии хронической почечной недостаточности, тяжелое. Помимо тяжести самого заболевания, существенное влияние на состояние больного оказывают многочисленные стрессовые факторы, связанные с самой процедурой гемодиализа, с изменением всей жизненной ситуации и с дополнительными ограничениями желаний и влечений, налагаемыми режимом лечения. Нередко развиваются депрессивные и тревожно-депрессивные состояния.

Беспокойство, нарастающая раздражительность отмечаются у больных еще накануне гемодиализа. Некоторые из них ищут продолжительных разговоров с медицинским персоналом, другие высказывают повышенные требования, третьи плачут или беспокойно ходят по палате. Наиболее тревожными больные становятся в начале и в конце сеанса. Возникновение каких-либо технических затруднений часто вызывает страх или депрессивные переживания с суицидными высказываниями.

Следует отметить, что медицинский персонал, обслуживающий больных на гемодиализе, испытывает повышенный стресс. Психологическая нагрузка связана

с тяжелым контингентом больных, их малой «сменяемостью», необходимостью постоянного усиленного наблюдения за их состоянием. Медицинская сестра, обеспечивающая постоянную помощь больным на протяжении большей части суток, нередко на первых порах становится наиболее близким другом. В ответ на это у некоторых медсестер развивается чувство гиперопеки по отношению к больным. В дальнейшем, однако, требовательность больных может возрастать настолько, что медсестра оказывается не в состоянии полностью удовлетворить ее, а, с другой стороны, больные привыкают к проявлениям повышенной заботы о них и начинают относиться к ней без достаточной признательности. Все это может приводить к напряженности во взаимоотношениях больного и медицинской сестры. Для устранения подобных ситуаций и разработки тактики психотерапевтического подхода к больным, находящимся на гемодиализе, обычно один раз в неделю проводятся общие собрания медицинского персонала, на которых обсуждаются вопросы психического состояния, поведения больных, особенностей их взаимоотношений с окружающими.

Таким образом, для медицинских сестер, работающих в специализированных отделениях, знание психических нарушений, характерных для обслуживаемого контингента больных, и особенностей психотерапевтического подхода к ним является необходимым условием для успешной работы.

НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ

В основе принципов ухода за больными в современных психиатрических больницах лежат две тенденции: обеспечение безопасности больных и стремление к их максимальному нестеснению. На первый взгляд может показаться, что в сочетании этих двух тенденций имеется противоречивость: можно ли повысить безопасность психически больных, сужая рамки тех ограничений, которые традиционно существовали в психиатрических больницах? Однако вся история развития больничной психиатрической помощи и современная практика показывают, что все более ши-

рокое осуществление принципов нестеснения не только не нарушает принципа обеспечения безопасности, но и положительно сказывается на состоянии больных. В последние десятилетия, после того, как стали применяться психофармакологические средства лечения, для развития этих тенденций появились новые возможности. Вместе с тем необходимо учитывать, что система нестеснения на каждом этапе развития больничной помощи имеет свои пределы, и всякое расширение системы нестеснения должно быть подготовлено как введением новых принципов организации ухода и лечения больных, так и усвоением и принятием всем медицинским персоналом новых идей и новых функций, которые с этим связаны.

Поскольку, по целому ряду причин, связанных с особенностями больничной и внебольничной помощи (обеспеченность коечным фондом и достаточным количеством подготовленного персонала, развитие диспансерной сети, техническое состояние больничных помещений и т. д.), различные психиатрические больницы отличаются друг от друга, не всюду возможно осуществление этих принципов в полном объеме, поэтому существуют различные варианты организации ухода за больными, в зависимости от характера лечебных отделений, которыми располагает психиатрическая больница.

Закрытые отделения. Традиционно для психиатрических больниц этот вид отделений наиболее типичен. Они раздельны для мужчин и для женщин, не дают больным права свободного входа и выхода. Входные двери запираются замками вагонного типа, ключи от которых имеются у всех медицинских работников больницы. При необходимости выхода за пределы отделения (во внеотделенческие кабинеты для дополнительных методов исследования, в лечебно-трудовые мастерские, на прогулки и т. п.) больные обязательно сопровождаются персоналом. При групповых выходах больных сопровождают несколько человек, в том числе обязательно один из работников следует во главе группы, а другой идет последним. Эти меры предосторожности необходимы для того, чтобы предотвратить возможность «побега» больных из больницы, а также совершения ими каких-либо непредвиденных действий. В частности, описаны случаи,

когда при движении по лестнице больные с суицидными намерениями пытались броситься в пролет лестницы.

В отделении имеются палаты, в которых больные находятся под общим наблюдением дежурного медицинского персонала, и специальные палаты, в которые помещаются больные, нуждающиеся в строгом надзоре ввиду того, что по своему психическому состоянию они могут представлять повышенную опасность для себя или окружающих. В таких палатах устанавливается постоянный пост, покидать который без замены дежурная медицинская сестра или санитарка не имеет права. Количество личных вещей, находящихся в распоряжении больных, резко ограничено; колющие, режущие предметы, спички исключаются. Однако пребывание больного в наблюдательной палате не должно быть длительным. Задача заключается в том, чтобы всеми имеющимися средствами добиться изменения в состоянии больного, которое позволило бы вывести его из этой палаты.

Отделение должно быть уютным, однако избыток мебели, какая-либо захламленность недопустимы. В отделении имеется собственная столовая, которая при отсутствии специальных комнат может также служить помещением для внутриотделенческой трудовой терапии, а вечером – помещением для культурно-массовой работы.

Нередко предусматриваются дополнительные меры для усиления безопасности: оконные стекла из небьющегося органического стекла; двери туалетов и ванных комнат должны быть сделаны так, чтобы в случае необходимости могли быть без затруднений открыты персоналом. Если позволяет внутренняя архитектура, основной сестринский пост должен быть расположен в таком месте, с которого видны бóльшая часть отделения и находящиеся в нем больные.

Таким образом, в закрытом отделении предусматриваются максимальные возможности для обеспечения безопасности больных за счет усиленного наблюдения за ними. Однако необходимо знать, что только за счет усиления наблюдения безопасность больных обеспечена быть не может даже при наличии активного лечения и технических усовершенствований в архитектуре и планировке отделения. Другим обязательным

элементом должен быть режим отделения, направленный на всемерное развитие активности больных, вовлечение их в полезную деятельность, распределение между ними обязанностей по самообслуживанию, соблюдению порядка в отделении. Третьим обязательным элементом является установление тесного контакта с больными, индивидуальные и групповые беседы с ними, которые позволяют не только лучше знать их переживания, но и корригировать неправильности в их поведении, изменять направленность их интересов.

В закрытых отделениях свидания больных с родственниками организуются в определенные дни и часы. Во время свиданий на медицинскую сестру возлагаются дополнительные обязанности. С одной стороны, родственники, интересуясь состоянием больных, задают много вопросов, которые требуют ответа. С другой стороны, наблюдение за поведением больных во время свиданий, особенности их реакции и взаимоотношений с посетителями дают очень много для понимания особенностей их психического состояния, а также для оценки той ситуации, в которой больной может оказаться после выписки. Все эти детали должны быть замечены медсестрой, присутствующей на свиданиях. Наконец, необходимо учитывать, что иногда родственники, нарушая существующие правила, передают больным предметы, которые могут служить источником повышенной опасности, что, естественно, должно твердо пресекаться. Все важные детали о прошедшем свидании должны быть зафиксированы в дневнике или доложены лечащему врачу.

Открытые отделения, режим нестеснения в которых значительно расширен, существовали сравнительно давно (их называли «санаторными отделениями»). Однако раньше в них помещались либо больные с непсихотическими заболеваниями (главным образом, неврозами), либо выздоравливающие больные после ликвидации психотических расстройств. В последние годы в открытые отделения стали помещать и больных с психотическими расстройствами, при которых, однако, больные не опасны для себя и окружающих, а поведение их не носит дезорганизованного характера. В зависимости от качественной характеристики и выраженности психических расстройств больные

могут поступать в эти отделения прямо из приемного покоя или переводиться после первоначального периода наблюдения и лечения из закрытых отделений. Последний путь более предпочтителен, за исключением случаев, когда непсихотический характер имеющихся у больного психических нарушений не вызывает никаких сомнений с самого начала.

В открытых отделениях, как показывает само название, больные имеют право свободного перемещения по больнице и ее территории в часы, предусмотренные распорядком дня. Уже одно это показывает, что свобода больных значительно менее ограничена, чем в закрытых отделениях. Соответственно с этим условия пребывания больных в открытых отделениях приближаются к тем, которые имеют место в соматических больницах. Вместе с тем не следует стремиться полностью копировать отделения соматических больниц. Обстановка открытых психиатрических отделений должна напоминать домашнюю, но в то же время необходимо соблюдать правила наблюдения за психически больными. Если в функционирование соматической больницы принцип нестеснения больных (за исключением ограничений в диете, двигательной активности) заложен как бы естественным образом, то для его осуществления в психиатрической больнице необходима постоянная и трудоемкая работа всего медицинского персонала, направленная на организацию лечебно-активирующего режима. Группа сотрудников Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева следующим образом подытожила основные задачи, стоящие перед медицинским персоналом в деле развития такого режима:

1) минимальная изоляция больного от общества и сохранение его естественных социальных связей, что обеспечивается учащением свиданий с близкими больному людьми, предоставлением больным домашних отпусков (и даже созданием режима «частичной госпитализации», когда больным разрешается часть времени проводить дома, на работе или в учебном заведении); все это допустимо в тех случаях, когда психическое состояние не препятствует этому;

2) применение системы максимального нестеснения, основанной на уважении к личности больного, к его

индивидуальным запросам и интересам, что достигается путем замены директивных указаний разъясняющими беседами, попыток прямой коррекции поведения – косвенным влиянием коллектива, стремления подчинить больного своему авторитету – завоеванием его доверия, которое возникает у него в ответ на терпимость и доброжелательность персонала, уважение его достоинства и обращение с ним, как с равным;

3) создание коллектива больных, в котором развиваются отношения, характерные для общества здоровых людей; выработка ответственности каждого больного перед коллективом и за коллектив. Для этого создаются советы больных, проводятся собрания, на которых обсуждается широкий круг вопросов повседневной жизни отделения, а выработанные предложения внимательно рассматриваются руководством отделения, по возможности выполняются, а в случаях невозможности удовлетворения причины этого доводятся до сведения больных;

4) обеспечение полезной занятости больных, основанной на системе самообслуживания, при учете индивидуальных склонностей;

5) проведение систематической культурно-развлекательной и просветительной работы с особым вниманием и всемерным поощрением развития самодеятельности.

Развитием всех этих мероприятий активируются те стороны личности больного, которые не затронуты заболеванием и которые могут послужить опорой для перестройки отношений к окружающему миру, нарушенных болезнью. Это очень важно учитывать, потому что даже наиболее эффективные лечебные средства, применяемые в настоящее время, могут ликвидировать психопатологическую симптоматику, но не всегда могут освободить больного от психологии болезни, особенно если он длительное время находится в кругу больных с выраженными нарушениями психики.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЯЗАННОСТЕЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ

В психиатрической больнице, пожалуй, больше, чем в любом другом медицинском учреждении, требуется максимальная согласованность в работе врачей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала, так как, при всех особенностях обязанностей каждого из них, их объединяет то, что в процессе работы они постоянно имеют дело с одним и тем же объектом – болезненно нарушенной личностью больного человека. Поэтому вся тактика ведения каждого больного и действий в отношении всего состава больных, находящихся в отделении, вырабатывается, обсуждается и корригируется ими совместно. При этом данные наблюдения за больными, которыми располагает каждый член медицинского коллектива, являются чрезвычайно важными для принятия своевременных и правильных решений.

Возглавляет работу среднего и младшего медицинского персонала *старшая сестра отделения*. В ее обязанности входят руководство и контроль за работой медицинских сестер и санитарок, их обучение и регулярный инструктаж. Она проверяет своевременность и точность выполнения всех назначений, сделанных врачами, знание медицинскими сестрами особенностей личности и психических нарушений у обслуживаемых больных, категорий наблюдения и причин, по которым назначен тот или иной вид надзора. Старшая медицинская сестра повседневно проверяет, насколько соблюдаются меры по охране безопасности больных, качество ухода за ними и меры по повышению активности больных. Контроль за санитарно-эпидемиологическим состоянием отделения, за качеством пищи и хранением медикаментов относится к числу ее важнейших обязанностей. В круг ее обязанностей входит также составление графика работы медицинского персонала и всей документации, касающейся движения больных (их поступления, перевода в другие отделения, выписки). Старшая медицинская сестра должна иметь высокий авторитет среди медицинского персонала, больных и их родственников. Этот авторитет достигается за счет глубоких про-

фессиональных знаний и преданности делу, которые обеспечивают ей решение многочисленных вопросов, возникающих в повседневной работе, с точки зрения истинной заботы о больных.

Вторым медицинским работником, работающим ежедневно, является *процедурная медицинская сестра*. В ее обязанности входят выписка всех необходимых медикаментов, перевязочного материала, медицинских инструментов, а также обеспечение их учета, хранения и правильного использования; выполнение врачебных назначений по парентеральному введению лекарственных средств. Процедурная сестра подготавливает и участвует в проведении врачами люмбальных пункций, сеансов электросудорожной терапии, переливания крови, кормления больных через зонд и других лечебно-диагностических методов. На процедурную медицинскую сестру также возлагается контроль за осуществлением назначенных врачами дополнительных исследований (лабораторных, консультаций специалистов и т. п.). Наконец, процедурная сестра обеспечивает стерилизацию всех необходимых инструментов и осуществляет подготовку набора медикаментов, инструментария, перевязочных средств для работы в ее отсутствие.

Дежурная смена медицинских сестер состоит из ответственной дежурной и постовых медицинских сестер, число которых определяется штатным количеством больных в отделении.

Ответственная дежурная сестра руководит работой постовых медицинских сестер и имеет ряд самостоятельных обязанностей. В отсутствие старшей медицинской сестры она осуществляет ее функции. Вступая на дежурство, она принимает вместе с каждой постовой медсестрой всех больных отделения, проверяет порядок, санитарное состояние, обеспеченность медикаментами, необходимым инструментарием и перевязочными средствами, при необходимости производит замену медсестер и санитарок, перераспределение их по постам. В контакте с постовыми медсестрами проводит наблюдение за больными и составляет записи в дневнике наблюдений. Кроме того, она должна внимательно следить за максимальным вовлечением больных в трудовую терапию, занятия в кружках и в другую деятельность, направленную

на активацию больных. Ответственная медсестра принимает всех новых больных, производит их телесный осмотр, измерение температуры и артериального давления. Следит за проведением свиданий, за выполнением режима дня в отделении.

Дежурные постовые медицинские сестры осуществляют надзор и уход за больными, находящимися в закрепленных за ними палатах. В палатах, где находятся больные, которым назначен строгий надзор, пост неподвижен. Медицинская сестра и подчиненные ей постовые младшие медицинские сестры не могут отлучаться от этого поста. Нельзя уходить с поста, даже если на нем остается один из дежурных. Нужно всегда помнить, что кто-либо из больных может нуждаться в неотложной помощи, и тогда остальные больные могут остаться без надзора. Поэтому даже при кратковременной отлучке каждый дежурный должен быть подменен кем-либо из персонала, находящимся на подвижных постах. Больные, находящиеся на строгом надзоре, требуют неослабного круглосуточного внимания. Выход за пределы палаты (в туалет, на обследование и т. п.) возможен только в сопровождении кого-либо из дежурных, а особо беспокойных больных – в сопровождении двух дежурных. Вместе с тем надзор не должен быть назойливым. При любой возможности следует вступать в беседу с больными. Однако все беседы должны нести тот или иной «психотерапевтический заряд», т. е. быть направлены на успокоение больных, отвлечение от болезненных переживаний, стимуляцию их здоровых интересов. Даже самые тяжелые больные, кажущиеся недоступными, не всегда отвечающие на слова медсестры, по выходе из болезненного состояния рассказывают об этих беседах с чувством благодарности. И, напротив, игнорирование их душевных переживаний, невнимание, отношение как к «сумасшедшим» усиливают депрессию, вызывают раздражительность, задерживают процесс выхода из болезненного состояния. Само собой разумеется, что медицинский персонал на неподвижном посту с особой тщательностью следит и помогает больным в выполнении санитарно-гигиенических правил. В случаях возникновения конфликтов между больными медсестра помогает в их разрешении, а при невозможности – немедленно

сообщает о сложившейся ситуации ответственной медицинской сестре.

Дежурные медицинские сестры на других постах в качестве основных задач имеют: наблюдение за состоянием больных с особым обращением внимания на те проявления, которые отмечены лечащими врачами; выполнение врачебных назначений; осуществление мер, направленных на строгое соблюдение режима, установленного в отделении, и санитарно-гигиенических правил. И, конечно, все это должно проходить на фоне благожелательности по отношению к больным, заинтересованном внимании к их переживаниям, желаниям, стремлениям. Беседы с больными являются важными инструментами в решении всех этих задач. Разъяснение и убеждение эффективнее указаний и назидательности. При этом, конечно, требовательность к выполнению распорядка дня, существующих в отделении правил, врачебных назначений и т. п. не должна сниматься. В том и состоит искусство хорошей опытной медицинской сестры, что по ее отношению и действиям больной понимает, когда и о чем можно поговорить с ней по душам, а что требует обязательного исполнения. Часто к беседам по собственной инициативе стремятся больные с бредовыми расстройствами. В этих случаях медсестра также должна выслушивать их, однако не следует настойчиво разубеждать таких больных, так как бредовые идеи разубеждению не поддаются; нельзя и поддерживать болезненные переживания, чего обычно добиваются такие больные. Лучше всего сказать, что эти сложные вопросы нуждаются в специальном обсуждении с врачом, которому больше известно о своей ситуации больного, как, впрочем, и о его состоянии здоровья. Некоторые больные, особенно те, кто страдает психопатиями, алкоголизмом или наркоманиями, стремятся к более доверительному контакту, пытаются пробудить особое расположение к себе, чтобы воспользоваться этим для послабления режима, извлечения каких-то выгод. Здесь вновь только сочетание объективности, доброжелательности и требовательности помогает проводить правильную линию поведения в отношении больных. Отношение к больным должно быть ровным, так как они очень чувствительны к проявлениям симпатий и антипатий по

отношению к кому-либо из них. Вместе с тем, конечно, некоторые больные по своему состоянию требуют повышенного внимания, которое и следует им оказывать, однако оно должно быть объективно обоснованным, а не выражаться в каких-то «поблажках», предоставлении дополнительных льгот этим больным.

Постовая медицинская сестра должна хорошо знать больных (основные данные об истории их жизни и болезни) на основании обсуждений на утренних конференциях, инструктажа старшей или ответственной дежурной медицинской сестры, а также сведения, сообщаемые при смене медсестер, о тех особенностях наблюдения и медицинской тактики, которые разработаны в отношении каждого больного. Результаты своих собственных наблюдений и проведенной работы она должна сообщать ответственной дежурной для занесения в дневник наблюдений.

В зависимости от величины и профиля отделений, могут выделяться сестры, выполняющие определенные лечебные функции: медицинская сестра по проведению инсулинотерапии, медицинская сестра по проведению лечения психотропными средствами.

В психиатрических больницах имеются также *медицинские сестры-обследовательницы*, которые обычно закрепляются за двумя или несколькими отделениями. Значение работы сестры-обследовательницы для диагностики, лечения и реабилитации больных очень велико, так как в ее задачи входит получение объективных сведений о жизни больных вне больницы: дома, на работе. Многие больные и их родственники не хотят, чтобы окружающие знали об их психическом заболевании. И нередко, действительно, друзья или сослуживцы не замечают у них психических нарушений. Иногда же бывают случаи, когда в отношении больных создается нездоровая атмосфера. Сестра-обследовательница должна учитывать все это и, при соблюдении медицинской тайны, получить необходимые сведения о больном и содействовать его будущему возвращению в жизнь. На нее же возлагаются задачи оказания социальной помощи больным по улучшению жилищных условий, оплате больничных листов, назначению пенсии и т. п. Акты социального обследования, составляемые сестрой-обследовательницей, подшиваются к истории болезни.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАДЗОРА ЗА БОЛЬНЫМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Организация наблюдения и надзора за психически больными является частью медицинской помощи, оказываемой им в больнице, поскольку позволяет не только лучше понять особенности их состояния, но и предупредить несчастные случаи, риск которых у больных с психическими нарушениями резко повышен. Интенсивность надзора и зависит в основном от этих двух показаний: необходимости уточнения состояния больных и предупреждения опасных действий.

В большинстве психиатрических больниц применяются три типа надзора, которые отличаются друг от друга степенью интенсивности: строгий надзор, усиленное наблюдение, общее наблюдение. Тип надзора устанавливается лечащим врачом и записывается в истории болезни, при этом указывается основание, послужившее причиной назначения того или иного типа надзора.

Строгий надзор назначается больным, которые опасны для себя или окружающих в связи с наличием у них суицидных намерений, агрессивных тенденций или склонности к побегу. Такие больные помещаются *в наблюдательную (надзорную) палату* с неподвижным дежурным постом. Имея в виду возможные опасные действия этих больных, медицинский персонал не только тщательно следит за поведением больных, но и за обстановкой, в которой они находятся. Все колющие, режущие, острые предметы, а также спички изымаются, и предпринимаются все меры, чтобы не допустить их попадания в наблюдательную палату. Нередко больные стремятся незаметно пронести их или сделать их из каких-либо других предметов, причем проявляют удивительную изобретательность. В связи с этим необходим регулярный осмотр больных и предметов, находящихся в палате. Палата должна быть освещена днем и ночью. Ночное освещение должно быть достаточным для того, чтобы отчетливо видеть всех больных. Запрещается выпускать больных из палаты без сопровождающего лица из числа медицинского персонала. Необходимо помнить, что большинство несчастных случаев в психиатрических больницах связано с ослаблением вни-

мания или нарушениями правил осуществления надзора. Больные, имеющие перечисленные выше опасные тенденции, исключительно умело пользуются всякой оплошностью медицинского персонала. Особенно часто они используют время смены дежурного персонала, время уборки, случаи, когда внимание и силы персонала прикованы к какому-то больному, требующему неотложной помощи.

Опасность суицидных попыток имеется у депрессивных больных, особенно если депрессия сочетается с тревогой, а также у больных с бредовыми расстройствами, слуховыми галлюцинациями, особенно, если эти галлюцинации носят приказывающий (императивный) характер. Нужно всегда помнить, что у этих больных суицидные намерения очень серьезны, а суицидные действия осуществляются решительно, без колебаний. Очень часто больные скрывают свои суицидные намерения, диссимулируют свое состояние, иногда суицидные намерения возникают неожиданно. У депрессивных больных настроение часто особенно понижено по утрам, поэтому в предутренние часы их поведение требует особенно пристального внимания. Нельзя допускать, чтобы больные укрывались одеялом с головой. Просьба выйти одному на минуту в туалет не должна удовлетворяться. В тех случаях, когда больному удается совершить самоповреждение, необходимо срочно предпринять все необходимые меры по оказанию неотложной помощи и вызвать дежурного врача.

Опасность агрессивных действий по отношению к другим больным или к медицинским работникам может возникать у больных при делириозном или сумеречном расстройстве сознания, а также под влиянием галлюцинаций и бредовых идей, дисфорических расстройств. Любое состояние психомоторного возбуждения также опасно возможными агрессивными действиями. Современные нейролептические средства весьма эффективны при всех этих состояниях. Поэтому тщательное наблюдение за состоянием больных, их настроением, высказываниями и действиями позволяет предпринять необходимые меры еще до развертывания агрессии; когда же это не удается сделать своевременно, необходимо предпринять меры для борьбы с возбуждением.

Опасность побега из больницы чаще всего отмечается у больных с бредовыми расстройствами, которые стремятся к побегу для осуществления своих бредовых идей; у больных с полным отсутствием критики к своему заболеванию, считающих, что их неправильно поместили в психиатрическую больницу; у больных, находящихся на принудительном лечении. Умело скрывая свои намерения, они используют невнимательность персонала по наблюдению за больными, а иногда, вовлекая в свои замыслы других больных, специально разыгрывают сцены, чтобы переключить внимание на какую-то острую ситуацию.

Усиленное наблюдение назначается больным:

1) с целью уточнения психических нарушений, которые возникают лишь временами (например, припадки, колебания настроения, расстройства сна и т. д.);

2) при неустойчивом психическом состоянии, когда возможны обострения психических расстройств;

3) при наличии соматических заболеваний;

4) при проведении методов лечения, которые могут обусловить возникновение побочных эффектов и осложнений (лечение психотропными препаратами, инсулинотерапия, электросудорожная терапия и др.).

Больные, в отношении которых назначено усиленное наблюдение, находятся в общих палатах, но медицинский персонал обязан тщательно следить за возможными проявлениями тех расстройств, которые обозначены как основание для назначения усиленного наблюдения, и обязательно отражать в записях в дневниках их возникновение или отсутствие. В случае возникновения этих нарушений они должны быть описаны со всеми подробностями.

Общее наблюдение в психиатрической больнице имеет существенные отличия от наблюдения за больными в соматических отделениях. Наличие расстройств психики требует, с одной стороны, более пристального внимания к поведению больных, а с другой стороны – соблюдения мер предосторожности, обеспечивающих их безопасность.

Необходимость неослабного внимания к настроению, высказываниям, поведению больных не означает того, что они должны подвергаться постоянной опеке. Усилия медицинской сестры как организатора жизни отделения должны быть направлены на вовлечение

больных в те виды активной деятельности, которые доступны им по их психическому состоянию. Сюда относятся в первую очередь требования по строгому выполнению распорядка дня – своевременному подъему, соблюдению санитарно-гигиенических правил, принятия пищи и т. д. Выполнение распорядка дня не является формальным требованием, его значение следует рассматривать с точки зрения того, что это дисциплинирует больных, налагает на них определенные обязанности и ответственность, тем самым побуждая их к целенаправленной деятельности.

Другим важным положением является обязательность поощрения активности больных в виде расширения объема работ по самообслуживанию, наведению порядка в отделении, участия в трудовой терапии. Днем в отделении не должно быть больных, проводящих время на койке, за исключением тех, кому назначен постельный режим.

Для предотвращения несчастных случаев или опасных действий со стороны больных особого внимания требует проведение различных процедур, диагностических и лечебных манипуляций и т. п.

Раздача лекарств. В отличие от соматических отделений в психиатрических отделениях лекарства не просто выдаются больным, а должны приниматься больными в присутствии медицинской сестры, которая должна убедиться в том, что больной действительно принял лекарство. Это необходимо потому, что больные либо ввиду отсутствия критики к болезни, либо в связи с неприятными ощущениями, возникающими после приема лекарств, нередко пытаются избежать приема медикаментов. С этой целью они делают попытки обмануть медицинскую сестру, раздающую лекарства: то отвлекают ее внимание, чтобы запрятать таблетку, то прячут ее под язык или за щеку, а потом выплевывают. Бывают случаи, когда больные таким образом накапливают большое количество медикаментов, а затем принимают их с суицидными намерениями. Следует помнить о том, что ряд лекарственных препаратов, применяемых в настоящее время, обладает побочными эффектами в виде понижения артериального давления, вплоть до развития коллапса, особенно при смене горизонтального положения на вертикальное. После приема таких препа-

ратов больные в течение 40–45 мин должны находиться в кровати.

Измерение температуры. В течение первых 3 дней после поступления больных в отделение, а также при соответствующих врачебных назначениях, медицинские сестры производят измерение температуры. Особое внимание должно быть обращено не только на соблюдение правил измерения температуры, но и на сохранность термометра: больной может разбить его и преднамеренно или случайно поранить себя осколками, проглотить ртуть. После пользования термометры должны храниться в специально отведенном для этого месте (в 3% растворе хлорамина).

Кормление больных. Подавляющее большинство больных должны принимать пищу в столовой. Отдельные больные по показаниям могут получать пищу в палате. Необходимо следить за тем, чтобы больные достаточно ели и соблюдали бы при этом общепринятые правила. По отношению к больным, отказывающимся от приема пищи, должны применяться уговоры, доброжелательные, но настойчивые разъяснения. При упорных отказах от еды принимаются специальные меры (см. стр. 162). Во время кормления необходимо следить за тем, чтобы больные не забирали с собой ложки, ножи, вилки и другие предметы, которые могут быть использованы для нанесения повреждений себе или окружающим.

Гигиенические процедуры. За выполнением санитарно-гигиенических правил необходимо постоянно следить, чтобы обеспечить санитарно-эпидемиологические требования как индивидуального характера, так и в целом для отделения. Это имеет тем большее значение, что многие психически больные в силу депрессивных, апатических расстройств или волевых нарушений перестают следить за собой, не моются, не чистят зубы и т. д. Настойчивые уговоры, сила примера, указание на необходимость восстановления здоровых навыков обычно помогают преодолевать нежелание больных. Мытье больных в бане или в ванне, под душем требует неотступного внимания обслуживающего персонала. Здесь вновь следует напомнить о стремлении некоторых больных к самоповреждению, что может, в частности, быть достигнуто путем использования слишком горячей воды. Регулирование температуры

воды может оказаться не под силу слабоумным и беспомощным больным.

Бритье мужчин осуществляется парикмахером, который должен применять безопасную бритву и тщательно следить за сохранностью бритвенных принадлежностей. Больные приводятся к парикмахеру по одному, во время бритья обязательно присутствует кто-либо из медицинского персонала. Больные, находящиеся под общим наблюдением и имеющие индивидуальные электрические бритвы, могут пользоваться ими в определенные часы под наблюдением медицинского персонала.

В женских отделениях должны быть созданы необходимые условия и выделено специальное время для женских гигиенических процедур. Эти условия должны предусматривать как защиту естественного чувства стыдливости, так и обеспечение безопасности.

Прогулки больных. К организации ежедневных прогулок больных следует подходить дифференцированно с учетом индивидуальных особенностей состояния каждого больного. Следует иметь в виду, что время прогулок больные, имеющие тенденции к агрессии или самоубийству, используют для того, чтобы разыскать предметы, которые могли бы быть употреблены для нанесения повреждений; больные алкоголизмом и особенно наркоманиями иногда договариваются со своими знакомыми, чтобы те приносили и припрятывали нужные им спиртные напитки и лекарства. Поэтому сад, который предназначен для прогулок, должен внимательно осматриваться, а все опасные, излишние или ненужные предметы — удаляться. Во время прогулок особое внимание должны привлекать больные, у которых имеется склонность к побегу. Для перечисленных категорий больных обычно (по возможности) выделяются огороженные участки сада внутри территории больницы. Для прогулок спокойных больных может предоставляться значительно большее пространство.

Свидания больных. Для больных, состояние которых препятствует свободным свиданиям с родственниками и знакомыми, устанавливаются определенные часы свиданий и выделяется для этого соответствующее помещение. В этих случаях медицинская сестра присутствует во время свиданий. Задачами наблюдения

в эти периоды является: установление особенностей поведения больных и их взаимоотношений с посетителями; предупреждение возможных нарушений правил со стороны посетителей; медицинская помощь при ухудшении в состоянии больных. Иногда посетители недооценивают степень психических расстройств у их больных родственников или знакомых, а иногда даже при правильной оценке не понимают, что переданные им предметы могут быть использованы другими больными. С посетителями должны проводиться разъяснительные беседы, которые должны выработать правильное понимание условий работы психиатрического отделения, не вызывать излишних опасений и способствовать ликвидации существующих предубеждений в отношении психически больных и психиатрических больниц.

Организация досуга больных. Эта часть работы имеет не менее важное значение, чем организация трудовой терапии, и всего лечения в целом. Вынужденная бездеятельность больных во вторую половину дня, когда уже закончены врачебные обходы и беседы, окончены занятия трудовой терапией, оказывает на них отрицательное воздействие. Часть больных еще больше отгораживаются от внешнего мира, погружаясь в мир собственных переживаний; другие больные собираются группами, причем иногда подбираются такие группы больных, которые нарушают порядок и оптимальную психологическую атмосферу в отделении. Поэтому в современных психиатрических больницах многое делается для организации активного отдыха и полезной занятости больных в вечерние часы.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Методы лечения психических расстройств делятся на две большие группы: биологические и психологические. На протяжении истории психиатрии отношение к ним менялось: преобладала то одна, то другая группа лечебных методов; изменялись и сами методы. Достижением последнего времени является почти общепринятый взгляд на то, что при любом заболевании обе группы лечебных методов должны сочетаться, и только от конкретного вида заболевания

и от состояния больного зависит, какие из них имеют больший, а какие – меньший удельный вес.

К биологическим относятся те методы лечения, которые воздействуют непосредственно на нарушенные физиологические и биохимические процессы в головном мозге и в организме в целом, тем самым вызывая нормализацию психической деятельности. Среди этих методов должны быть отмечены: лекарственная (медикаментозная) терапия, электросудорожная и инсулиношоковая терапия, а также мероприятия по организации режима, физиотерапия, диетические мероприятия.

Вторая группа – психологические методы лечения (психотерапия) – включает в себя непосредственное воздействие на психику больного человека, в результате чего происходит нормализация физиологических и биохимических механизмов, лежащих в основе психических нарушений. Сюда относятся многочисленные разновидности психотерапии.

Промежуточное положение между этими двумя группами методов занимает трудовая терапия, которая является одним из необходимых компонентов лечения всех психически больных.

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

К психотропным средствам относятся фармакологические препараты, основное действие которых направлено на нормализацию нарушенных психических процессов и состояний.

Психотропные препараты начали применяться в 1952 г. С этого времени начался новый этап в развитии психиатрии. В первую очередь это, естественно, выразилось в улучшении результатов лечения психически больных. Психотропные средства в значительной мере сократили применение других методов лечения, которые еще незадолго до этого считались весьма действенными.

Вслед за хлорпромазином один за другим стали синтезироваться психотропные препараты, принадлежащие к различным химическим группам и обладающие разнообразными фармакологическими свойствами. Их эффективность оказалась столь высокой, что

сроки пребывания больных в психиатрических больницах начали значительно сокращаться, и сами больницы приобрели совершенно иной характер. Психиатры получили мощные средства для борьбы с возбуждением больных, с наиболее выраженными расстройствами психики. Появились возможности для улучшения всей обстановки в психиатрических больницах, внедрения системы «открытых дверей», проведения реабилитационных мероприятий. Одновременно с этим открылись возможности для повышения уровня научных исследований, так как психофармакологические испытания, сравнение эффективности различных препаратов потребовали разработки новых, более точных методов исследования.

Годы, прошедшие после введения в практику психотропных средств, показали, таким образом, что их применение оказало значительное влияние на эффективность лечения, улучшение психиатрической помощи и повышение качества научных исследований. Вместе с тем они не заменили полностью других методов лечения. При лечении, например, неврозов они играют лишь дополнительную роль по отношению к основному методу лечения этих заболеваний — психотерапии. Следует также помнить, что даже при успешном применении психотропных средств лечение больных психозами не может ограничиваться только ими. Наряду с ними должны применяться трудовая терапия и различного рода социально-психологические воздействия, имеющие цель повысить активность больных, их стремление возвратиться в жизнь, умение строить гармоничные отношения с окружающими их людьми.

Какое же действие оказывают психотропные препараты на психику больных?

В спектре их психотропного действия, с клинической точки зрения, выделяют четыре основные особенности:

— *седативное действие,* которое выражается в уменьшении психомоторного возбуждения и эмоциональной напряженности, в общем успокоении больных, улучшении сна;

— *антипсихотическое действие,* которое заключается в уменьшении наиболее грубых нарушений психической деятельности: галлюцинаций, бредовых расстройств, помрачения сознания;

— *антидепрессивное действие,* выражающееся в нормализации настроения при наличии депрессивного аффекта (тоски, тревожности, страха);

— *стимулирующее действие,* выражающееся в общей активизации психической деятельности, что проявляется как в ускорении и повышении мыслительных процессов, так и в оживлении двигательной активности.

Поскольку психотропные средства действуют не на причины, вызывающие психические заболевания, а на патогенетические механизмы различных психических расстройств, показаниями для их применения служат главным образом особенности психопатологических синдромов, которые определяют клиническую картину на разных этапах развития болезни. Но при этом, конечно, имеет значение и то, в рамки какого психического заболевания входит тот или иной синдром.

В настоящее время насчитывается более 500 психотропных препаратов. Однако для того, чтобы успешно лечить разнообразные психические расстройства, как отметила научная группа Всемирной организации здравоохранения (1977), достаточно иметь в распоряжении 15—18 психотропных препаратов.

В табл. 1 приводится классификация психотропных средств, применяемых при лечении больных с психическими нарушениями, и упоминаются наиболее широко используемые психотропные препараты, относящиеся к каждому классу.

Как видно из приведенной таблицы, психотропные средства могут быть разделены на пять основных классов, выделенных на основании различий в спектрах психотропного действия. В каждый класс входят производные одной или нескольких групп химических веществ. Общность в химической структуре в большой степени определяет сходство в особенностях их психотропного действия. Наконец, каждый отдельный препарат обладает индивидуальными особенностями как в отношении спектра, так и силы психотропного действия, что и определяет предпочтительность применения тех или иных препаратов при различных психических расстройствах.

Нейролептики — это препараты, наиболее эффективные при лечении психозов. Алифатические производные фенотиазина обладают широким спектром действия. Их основной эффект проявляется в виде «аффектив-

Таблица 1

Классификация психотропных средств

Класс	Группа	Основные препараты
Нейролептики	Алифатические производные фенотиазина	Аминазин Левомепромазин (тизерцин)
	Пиперазиновые производные фенотиазина	Трифтазин Этаперазин Френолон Фторфеназин-деканоат*
	Пиперидиновые производные фенотиазина	Тиоридазин Тиоридазин-ретард*
	Производные бутирофенона	Галоперидол Трифлуперидол (тепседил)
	Производные дифенилбутилпиперидина	Флуспирилен*
Транквилизаторы	Производные бензодиазепина	Хлордиазепоксид (элениум) Диазепам (седуксен) Нитразепам (эуноктин)
Антидепрессанты	Трициклические антидепрессанты	Имизин (мелипрамин) Амитриптилин
Антиманиакальные	Соли лития	Лития карбонат
Стимуляторы	Производное пурина	Кофеин
	Производные сиднонимина	Сиднокарб Сиднофен

* Препарат обладает продленным (пролонгированным) действием.

ной блокады», что выражается в снятии эмоциональной заряженности переживаний, аффективной напряженности, благодаря чему они оказывают успокаивающее действие. У больных значительно уменьшается психомоторное возбуждение. Вследствие этих изменений галлюцинации и бредовые расстройства теряют свою актуальность и могут не проявляться. Тизерцин к тому же обладает и снотворным действием.

Пиперазиновые производные фенотиазина и производные бутирофенона, в отличие от предыдущей группы, обладают избирательным действием на основные психотические расстройства (галлюцинации, бредовые расстройства), на которые они воздействуют

в первую очередь. Уменьшение этих расстройств влечет за собой и общее успокоение больных (седативный эффект). Кроме того, их особенностью является стимулирующий эффект в тех случаях, когда препараты применяются в малых дозах. Наконец, отдельные препараты (френолон) обладают и мягким антидепрессивным действием.

Избирательность действия на галлюцинаторные и бредовые расстройства при употреблении больших или средних доз пиперазиновых производных фенотиазина и производных бутирофенона определяет применение относящихся к ним препаратов при шизофрении, психозах на почве органического поражения головного мозга, хронических алкогольных и других интоксикационных и инфекционных психозах. Препараты этих групп лучше, чем другие медикаменты, влияют на ипохондрические расстройства (френолон). Сочетание антипсихотического и стимулирующего эффектов при применении малых доз, в частности, трифтазина, галоперидола, триседила делает полезным использование этих препаратов для лечения больных шизофренией, у которых, наряду с психотическими расстройствами, имеются признаки нарастающего апато-абулического дефекта.

Транквилизаторы применяются главным образом при лечении непсихотических расстройств (невротические реакции, неврозы, психопатии), снимая тревожность и облегчая тем самым проведение основного вида лечения этих заболеваний – психотерапии. В последние годы выяснилось, что внутривенное введение раствора седуксена эффективно при следующих расстройствах: алкогольный абстинентный синдром, алкогольный делирий (белая горячка) и эпилептический статус. При этих состояниях седуксен нередко оказывается более предпочтительным.

Антидепрессанты, как показывает само название, предназначены для ликвидации депрессивных расстройств. Различия в действии двух упомянутых в таблице препаратов заключаются в том, что имизин эффективен при тоскливой (меланхолической) депрессии, а амитриптилин – при тревожно-депрессивных расстройствах.

Антидепрессанты применяют при лечении больных в депрессивной фазе маниакально-депрессивного пси-

Таблица 2

Суточные дозы, спектр психотропного действия и побочные явления при применении наиболее распространенных психотропных препаратов

Наименование препаратов	Наименование аналогов	Пути введения	Суточная доза, в мг или мл			Спектр психотропного действия	Основные побочные явления
			начальная	средняя терапевтическая	поддерживающая		
Аминазин	Хлорпромазин	Внутрь	25–75	400–600	50–150	Седативное; антипсихотическое	Ортостатический коллапс, паркинсонический синдром.
		В/м	2,5%–1,0	2,5%–4,0	–		
		В/в	2,5%–1,0	2,5%–3,0	–		Токсико-аллергические реакции. Расстройства сна
Левомепромазин	Тизерцин* Нозинан	Внутрь	25–50	200–300	25–75	Седативное; снотворное; антипсихотическое	Ортостатический коллапс, вегетативные расстройства
		В/м	2,5%–1,0	2,5%–3,0	–		
Трифтазин	Стелазин	Внутрь	5	30–80	10–15	Антипсихотическое; седативное; стимулирующее (при малых дозах)	Экстрапирамидные расстройства, особенно дискинезии
		В/м	0,2%–1,0	0,2%–2,0	–		
Этаперазин	Перфеназин	Внутрь	5–10	60–120	15–20	Антипсихотическое; седативное; стимулирующее (при малых дозах)	Встречаются редко

Продолжение табл. 2

Наименование препаратов	Наименование аналогов	Пути введения	Суточная доза, в мг или мл			Спектр психотропного действия	Основные побочные явления
			начальная	средняя терапевтическая	поддерживающая		
Френолон	Метофеназин	Внутрь В/м	5 0,5%–1,0	30–60 0,5%–3,0	5–10	Антипсихотическое; стимулирующее; антидепрессивное (при малых дозах)	Встречаются редко
Тиоридазин	Сонапакс Меллерил*	Внутрь	25–50	200–400	25–75	Седативное; антидепрессивное (слабое)	Встречаются редко
Галоперидол	Галдол	Внутрь В/м	1,5–5 0,5%–1,0	5–10 20–30 0,5%–4,0	1,5–5 –	Антипсихотическое; седативное; стимулирующее (при малых дозах)	Экстрапирамидные расстройства: паркинсонический синдром, дискинезии, акатизия
Трифлюперидол	Триседил*	Внутрь В/м	0,25–0,5 0,25%–1,0	1–3 6–8 0,25%–3,0	 – –	Антипсихотическое; седативное; стимулирующее (при малых дозах)	Те же, что у галоперидола, но выражены слабее
Имизин	Мелипрамин*	Внутрь В/м	25–50 1,25%–6,0	200 1,25%–10,0	100 –	Антидепрессивное; стимулирующее	Вегетативные: сухость слизистых оболочек, запоры, задержка мочеиспускания

Продолжение табл. 2

Наименование препаратов	Наименование аналогов	Пути введения	Суточная доза, в мг или мл			Спектр психотропного действия	Основные побочные явления
			начальная	средняя терапевтическая	поддерживающая		
Амитриптилин	Триптизол	Внутрь В/м	25 – 50 1% – 6,0	200 – 250 1% – 10,0	100 –	Антидепрессивное; седативное	Те же, что при применении имизина, но встречаются реже
Лития карбонат	–	Внутрь	300 – 400	600 – 1200	600 – 1200	Антиманиакальное; предупреждение депрессивной фазы МДП	Тремор пальцев, сонливость, атаксия, жажда, диспепсические явления
Сиднокарб	–	Внутрь	5	10 – 30	–	Стимулирующее	Бессонница, тошнота, тахикардия, повышение артериального давления
Сиднофен	–	Внутрь	5	10 – 30	–	Стимулирующее и слабое антидепрессивное	

Наименование препаратов	Наименование аналогов	Пути введения	Суточная доза, в мг или мл			Спектр психотропного действия	Основные побочные явления
			начальная	средняя терапевтическая	поддерживающая		
Хлордиазепоксид	Элениум* Либриум	Внутрь	5–10	20–60	10–30	Седативное	Мышечная слабость, сонливость. Редко – вегетативные расстройства
Диазепам	Седуксен* Валиум	Внутрь В/в	5–10 –	15–60 0,5%–10,0	5–20 –	Седативное; стимулирующее мягкое); противосудорожное; нормализующее вегетативные нарушения	Мышечная слабость
Нитразепам	Эуноктин* Радедорм	Внутрь	5	5–10	–	Снотворное	Те же, что при применении элениума, но встречаются реже

Примечания. В графе «Наименование препаратов» приведены их названия по X Фармакопее СССР. В графе «Наименование аналогов» звездочкой (*) обозначены наиболее широко применяемые наименования.

хоза, при депрессивных расстройствах в рамках шизофрении, при предстарческих и сосудистых депрессиях, при депрессиях на почве инфекций и интоксикаций, органического поражения головного мозга и соматических заболеваний. Как вспомогательное средство (в дополнение к психотерапии) они могут использоваться и при реактивных депрессиях. *Антиманиакальные средства* (соли лития) успешно применяются при лечении маниакальных состояний. Однако не менее важным оказалось их (открытое недавно) профилактическое действие. Применяемые во время светлых промежутков маниакально-депрессивного психоза, они предупреждают наступление депрессивных фаз, а если последние и развиваются, то протекают легче и менее длительно.

Стимуляторы, приведенные в таблице, обладают мягким стимулирующим действием. Они применяются при астенических состояниях после того, как ликвидированы причины, вызвавшие астению (травмы, инфекции, интоксикации и др.), при абулических расстройствах шизофренического генеза, а также при необходимости повышения работоспособности в случаях длительной перенапряженной работы. Сведения о дозировках, путях введения, спектрах психотропного действия, а также о побочных явлениях, встречающихся при применении наиболее распространенных психотропных препаратов, приводятся в табл. 2.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Психотропные средства вызывают не только лечебный эффект в отношении психических расстройств. Они обладают также способностью вызывать и другие изменения в организме, которые являются нежелательными и потому относятся к так называемым побочным явлениям.

Часть побочных явлений в виде инфильтратов, связанных с местным раздражением тканей в местах введения растворов этих препаратов, в виде деспепсических явлений, возникающих в результате их токсического действия, встречается у многих больных на начальных этапах лечения и непосредственно зависит от величины применяемых доз.

Другая часть побочных явлений (главным образом в виде нарушения функций центральной нервной системы – экстрапирамидные и вегетативные расстройства) возникает на различных этапах лечения у значительно меньшего количества больных и связана с индивидуальной чувствительностью к психотропным препаратам. В этих случаях выраженность побочных явлений не всегда зависит от величины доз применяемых препаратов.

Осложнения отличаются от побочного действия тем, что характеризуются вовлечением в патологический процесс новых патогенетических звеньев. Осложнения встречаются относительно редко и включают в себя главным образом токсико-аллергические реакции, эндокринные и обменные расстройства. Мы приводим группировку побочных явлений и осложнений, перечень препаратов, при которых они наиболее часто встречаются, и необходимые терапевтические мероприятия.

Нарушения сердечно-сосудистой системы. Понижение артериального давления является обычным для алифатических производных фенотиазина. Особенно важное значение имеет выраженная в течение 30–40 мин после введения этих препаратов склонность к ортостатическому коллапсу – резкому падению артериального давления при перемене положения больного из горизонтального в вертикальное и наоборот. Поэтому после введения препаратов больные должны находиться в постели не менее 40–45 мин.

Нарушения со стороны нервной системы. *Экстрапирамидные расстройства:*

– паркинсонический синдром: общая двигательная заторможенность с повышением мышечного тонуса, маскообразное лицо, тремор рук, походка мелкими шажками, замедленная речь;

– акатизия: двигательное беспокойство в виде неусидчивости, непреодолимого желания двигаться, иногда тревожность;

– дискинезия: непроизвольные сокращения мускулатуры языка, ротовой области, глотательных и жевательных мышц, создающие впечатление беспрерывного гримасничанья, жевания.

Паркинсонический синдром и акатизия уменьшаются после снижения дозы нейролептиков, при которых они

наблюдаются (аминазин, трифтазин, галоперидол, триседил и др.), а также введения больших доз витаминов. Применяется также внутривенное вливание барбамила (5% раствор – 3–4 мл). Для предупреждения и лечения этих расстройств назначаются антипаркинсонические средства (циклодол).

Дискинезия развивается чаще при длительном приеме нейролептиков, особенно трифтазина, и у пожилых больных. Антипаркинсонические препараты помогают мало. Постепенно снижаются дозы нейролептиков, вводятся кофеин (подкожно), глюкоза с витаминами группы В и С (внутривенно), хлорид кальция (внутривенно), седуксен (внутримышечно).

Вегетативные расстройства. Сухость во рту, расстройства аккомодации (трудности при чтении) встречаются довольно часто при лечении нейролептиками и антидепрессантами. Применение корректоров уменьшает эту симптоматику.

Затруднения мочеиспускания наблюдаются при применении антидепрессантов (особенно мелипрамина), а иногда и нейролептиков. Рекомендуется поставить грелку на область мочевого пузыря; иногда необходима катетеризация мочевого пузыря. Из лекарственных средств применяются один из холинергических препаратов (карбохолин, эзерин, прозерин), аналептики (стрихнин, кофеин).

Токсико-аллергические реакции. *Дерматиты* развиваются в качестве осложнений при лечении нейролептиками.

В области лица, на внутренних частях кожи предплечий, тыльной стороны рук и голеней может появиться макулезно-папулезная сыпь. Необходимо снижение дозы нейролептиков, вводятся димедрол, хлористый кальций.

У больных, а также у медицинского персонала на открытых частях тела может возникнуть экзематозный дерматит (зуд, отечность, затем макулезно-папулезная сыпь). Мероприятия те же.

В отдельных случаях в области стоп и ягодиц развивается буллезный дерматит – крупные пузыри с прозрачной опалесцирующей жидкостью. Лечение нейролептиками необходимо прекратить.

Гепатиты могут развиться на 2–5-й неделе при применении нейролептиков и антидепрессантов. Назна-

чаются малые дозы инсулина, камполон, глюкоза, витамины группы В и С.

Изменения состава крови. Эозинофилия, лимфоцитоз и моноцитоз могут развиваться в первые недели лечения нейролептиками и антидепрессантами. Они проходят самостоятельно и специальных терапевтических мер не требуют. При длительном лечении может развиваться лейкопения и в редких случаях – агранулоцитоз. В этих случаях необходимо снижение доз или прекращение лечения психотропными препаратами; назначаются инъекции кортизона, АКТГ, витамина B_{12}, переливание крови.

Эндокринные нарушения: увеличение массы тела, расстройства менструального цикла у женщин, задержка эякуляции у мужчин, усиление или ослабление полового влечения – наблюдаются при лечении нейролептиками и антидепрессантами. Специальных лечебных мероприятий не требуют.

Психические нарушения. *Расстройства сна* в виде бессонницы, нарушения ритма сна – бодрствования могут возникать при лечении нейролептиками, антидепрессантами (особенно амитриптилином) и психостимуляторами. Рекомендуется назначение эуноктина или тиоридазина.

Депрессия в виде тоскливости, реже тревожности с астеническими проявлениями встречается при лечении алифатическими производными фенотиазина. Необходимо снизить дозы и прибавить мелипрамин.

Делирий, для которого характерно преобладание слуховых галлюцинаций, встречается, хотя и редко, при применении тизерцина и антидепрессантов либо при быстром наращивании доз в начале лечения, либо при обрыве терапии. Рекомендуется перейти на другие препараты, вводить сернокислую магнезию, сердечные средства, большие дозы витаминов группы В.

Привыкание в виде развития психической (реже – физической) зависимости отмечено при длительном применении транквилизаторов, поэтому продолжительность беспрерывного употребления этих препаратов должна быть ограничена 2–3 нед.

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОТРОПНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Под *поддерживающей терапией* психотропными средствами понимают продолжение лечения, начатого в стационарных условиях, имеющего целью ликвидацию остаточных психических нарушений и предупреждение рецидивов заболевания.

Поддерживающая терапия проводится больным шизофренией, а также некоторыми другими хроническими рецидивирующими психическими заболеваниями (психозы при органическом поражении головного мозга, бредовые психозы позднего возраста, и др.).

Наиболее часто для поддерживающей терапии применяются препараты из класса нейролептиков. Нередко предпочтение отдается препаратам, обладающим продленным (пролонгированным) действием.

Исходный уровень дозировки лекарств для поддерживающей терапии устанавливается в стационаре после активного периода терапии, в течение которого была ликвидирована продуктивная психопатологическая симптоматика (галлюцинации, бредовые идеи, синдром Кандинского – Клерамбо и т. п. расстройства). Дозировки постепенно снижают приблизительно до $^1/_4$ части средней терапевтической дозы. Устойчивость психического состояния в течение 2 – 3 нед показывает, что такая дозировка может быть рекомендована для поддерживающей терапии (ориентировочные дозы приведены в табл. 2).

После выписки из стационара, в период реадаптации больных к внебольничным условиям жизни, психиатры диспансера проводят корректировку доз. В течение всего периода поддерживающей терапии, который в зависимости от состояния больных может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет, больные должны быть включены во 2-ю группу диспансерного динамического учета.

Обязанности среднего медработника при проведении лечения психотропными средствами. Основными обязанностями медсестры как в стационаре, так и в диспансере являются:

1) обеспечение приема назначенных врачом психотропных препаратов в установленные часы и в полном объеме;

2) наблюдение и регистрация всех изменений в состоянии больных в течение всего периода проведения лечения;

3) тщательное наблюдение за возможным появлением и за динамикой побочных явлений и осложнений.

В стационаре назначенные внутрь психотропные препараты должны приниматься в присутствии медицинской сестры. Сестра должна убедиться в том, что больной проглотил таблетку. Поэтому нужно давать больным воду для запивания вместе с лекарством, следить за выражением лица, иногда попросить показать ротовую полость. Отсутствие эффекта, а при некоторых препаратах и побочных явлений, может свидетельствовать о том, что больные не принимают лекарств. Измерение частоты пульса и артериального давления должно производиться перед каждым приемом и через 5–15 мин после приема лекарств на начальных этапах терапии, а в дальнейшем – не реже 1 раза в день.

Внутримышечные инъекции некоторых препаратов болезненны (особенно аминазина и др.), поэтому они производятся с 0,25–0,5% раствором новокаина. После инъекций нередко образуются болезненные инфильтраты, рассасывание которых может быть ускорено прикладыванием теплой грелки, физиотерапевтическими процедурами (УВЧ).

Внутривенные вливания должны производиться с осторожностью, медленно, особенно в отношении препаратов, которые могут вызвать значительное понижение артериального давления.

Все изменения в состоянии больных, включая признаки появившихся побочных явлений или осложнений, должны со всей тщательностью фиксироваться в дневнике наблюдений.

Необходимо строго следить за проведением контрольных анализов крови и мочи в установленные сроки.

ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ

Инсулинотерапия назначается главным образом больным шизофренией. Предварительно производится тщательное обследование соматического состояния больных. Противопоказаниями являются туберкулез,

сердечно-сосудистые и почечные заболевания, заболевания печени и эндокринные заболевания, беременность. Инсулинотерапия не проводится также во время менструации.

Лечение проводится в специально выделенной для этого палате и осуществляется врачом и медицинской сестрой.

Инъекции инсулина производятся по утрам, натощак. Первое введение ограничивается 4 ЕД инсулина. Затем ежедневно прибавляют по 4–8 ЕД. По субботам и воскресеньям лечение не проводится.

После введения инсулина у больных развивается гипогликемия, глубина которой зависит от дозы введенного инсулина. На начальных этапах лечения после введения небольших доз инсулина у больных развивается чувство слабости, вялости; кожные покровы гиперемированы, но иногда бледнеют, появляется потливость. Пульс сначала может быть замедленным, затем ускоренным. Больные испытывают чувство голода и жажды. С увеличением доз к этой симптоматике присоединяется оглушенность сознания: больные как бы погружаются в дремоту. Они слабо реагируют на окружающее, на вопросы отвечают односложно, после многократных обращений. Сухожильные рефлексы ослаблены.

На этих первых этапах лечения больных выдерживают в гипогликемическом состоянии около 3 ч. «Купируют» гипогликемию, давая больным стакан теплого сладкого чая (100–200 г сахара) и завтрак, богатый углеводами. Уровень сахара в крови восстанавливается, и больные приходят в свое обычное состояние.

На втором этапе, при нарастании доз вводимого инсулина, степень выключения сознания углубляется: состояние оглушения переходит в сопор. В этом состоянии в контакт с больными вступить невозможно. Сухожильные рефлексы утрачиваются, появляются патологические рефлексы, больные не реагируют на болевые раздражители. Иногда этому предшествует стадия двигательного возбуждения: больные мечутся в кровати, выкрикивают отдельные слова или бессвязные фразы. Кожные покровы бледны, тело больных покрыто холодным потом. Через 20 мин после наступления сопорозного состояния гипогликемию ликвидируют

внутривенным вливанием 20 мл 40 % раствора глюкозы, что быстро выводит больных из этого состояния. Сознание восстанавливается, и больным дают стакан теплого сладкого чая или сахарного сиропа (150–200 г сахара) и завтрак.

На третьем этапе лечения при продолжающемся ежедневном увеличении дозы инсулина у больных развивается состояние, переходное между сопором и комой: контакт отсутствует, сухожильные и кожные, а также патологические рефлексы не вызываются, сохраняется лишь вялая реакция зрачков на свет. В подобном состоянии больных держат в течение 20–30 мин, после чего купируют гипогликемию так же, как и при выводе из сопорозного состояния.

Курс лечения обычно состоит из 20–30 сеансов, при которых достигнуто сопорозно-коматозное состояние.

Следует отметить, что дозы инсулина, вызывающие сопор и кому, строго индивидуальны (в среднем от 40 до 120 ЕД), поэтому тщательное наблюдение за динамикой гипогликемического состояния необходимо с самых начальных этапов лечения.

После достижения необходимого количества коматозных состояний дозы инсулина снижают ежедневно на 10–14 ЕД до полной отмены.

Осложнения инсулинотерапии. *Судорожные припадки*, напоминающие эпилептические тонико-клонические припадки, требуют обычных мер, применяемых в таких случаях: предохранение больного от возможности травматизации, прикуса языка, заглатывания большого количества слюны, которая может проникнуть в дыхательные пути. Больного не удерживают, чтобы не способствовать переломам и вывихам; голову поворачивают набок, между зубами вставляют резиновую прокладку. Тотчас же после прекращения припадка гипогликемическое состояние купируют. Возникновение судорожных припадков во время гипогликемии не является противопоказанием к продолжению лечения.

Затянувшаяся кома представляет собой состояние, при котором больной не может быть выведен из гипогликемии обычным методом. В этих случаях внутривенно вводится раствор кофеина (10 %–1,0–2,0), глюкозы (40 %–20,0). Если эффект отсутствует, под-

кожно вводится раствор адреналина (1 : 1000 – 1,0). Необходимо предостеречь от повторных внутривенных вливаний раствора глюкозы, так как они незаметно могут перевести гипогликемическую кому в гипергликемическую.

Повторные (отставленные) комы могут развиться через несколько часов после купирования инсулиновой комы. В этих случаях у больных вновь появляются признаки гипогликемического состояния. Их купируют так же, как и обычную гипогликемическую кому.

Обязанности среднего медперсонала при проведении инсулинотерапии. В период подготовки к инсулинотерапии и при ее проведении требуется особенно тщательное наблюдение за соматическим и психическим состоянием больных.

При наблюдении за соматическим состоянием особое внимание должно быть обращено на признаки, свидетельствующие о развитии инфекционных заболеваний или воспалительных процессов (ангины, фурункулы, панариции и т. п.), которые относятся к временным противопоказаниям для проведения инсулинотерапии. Внимательное отношение к жалобам больных, регулярное измерение температуры тела и осмотр кожных покровов необходимы для своевременного их распознавания. Равным образом необходимо следить за наступлением менструаций у женщин, так как в эти периоды введение инсулина не должно производиться. Перед началом лечения и через определенные промежутки в течение курса инсулинотерапии производятся анализы содержания сахара в крови натощак или при сахарной нагрузке. Медицинская сестра должна внимательно следить за четким и своевременным выполнением этих назначений. Непременно должна быть проявлена забота о регулярной смене нательного и постельного белья, о выполнении больными санитарно-гигиенических правил.

Сеансы инсулинотерапии проводятся в специальной палате под наблюдением врача в присутствии медицинской сестры, ответственной за процедуру инсулинотерапии. Медицинская сестра должна заранее изучить расположение вен, которые могут быть использованы для внутривенных вливаний раствора глюкозы при купировании гипогликемического состояния. В распоряжении медицинской сестры, помимо необходи-

мого количества ампул с инсулином и 40% раствором глюкозы, в целях борьбы с осложнениями должны быть: психотропные препараты – тизерцин (ампулы с 2,5% раствором для внутримышечного введения), применяющийся при резком психомоторном возбуждении («голодном бунте»), которое может развиться вскоре после введения инсулина; амитриптилин (1% раствор для внутримышечных инъекций) для тех случаев, когда психомоторное возбуждение протекает с выраженным страхом или тревогой; галоперидол (0,5% раствор для внутримышечных инъекций), который применяется в случаях более позднего наступления психомоторного возбуждения. Кроме того, следует иметь 5% раствор барбамила (амитал-натрия), который вводится внутривенно (5–8 мл) при возникновении клонических судорог, и ампулы с 10% раствором кофеина, который добавляется к глюкозе в случае необходимости купирования гипогликемического состояния при развитии коллапса и расстройств дыхания, а также ампулы с адреналином.

Во время сеанса инсулинотерапии медицинская сестра внимательно следит за динамикой развития гипогликемии и отмечает время появления ее признаков (вегетативных реакций, оглушения). При углублении гипогликемического состояния (сопор, сопорозно-коматозное состояние) постоянное присутствие врача обязательно.

К у п и р о в а н и е гипогликемического состояния производится по указанию врача медсестрой, ответственной за инсулинотерапию. После приема сахарного сиропа и завтрака больные, выведенные из гипогликемического состояния, переводятся в свои палаты.

Дальнейшее наблюдение должно учитывать возможность возникновения поздних осложнений в виде развития повторных гипогликемий в вечернее и ночное время, опасность которых повышается при отказах от еды и рвотах. В случаях появления признаков гипогликемии (слабость, потливость и т. п.) необходимы срочный вызов дежурного врача и немедленное купирование гипогликемии по его назначению.

В 40–50-х годах текущего столетия электросудорожная терапия (ЭСТ) занимала видное место среди активных методов лечения психических заболеваний. Затем, после появления психофармакологических методов лечения, ее стали применять реже, но и до настоящего времени она сохранила свое значение. В последние годы основным показанием для применения ЭСТ стали депрессивные состояния, особенно, если они:

а) сочетаются с выраженной тревожностью;

б) сопровождаются суицидными намерениями;

в) не поддаются лечению лекарственными антидепрессантами.

Методика. Аппарат для электросудорожной терапии подключается к электрической сети. В нем имеются регулятор напряжения и реле времени для того, чтобы дозировать ток при включении аппарата. Обычно применяют напряжение от 80 до 160 В, а время – 0,3–0,9 с. На голову больного – либо на оба виска (битемпоральный метод), либо на висок и затылок одной стороны (унилатеральный метод) – накладываются электроды диаметром в 1–1,5 см, обернутые марлей, смоченной в физиологическом растворе.

Если дозировка подобрана правильно, после включения тока у больного развивается типичный для эпилепсии тонико-клонический припадок с выключением сознания. Тоническая фаза длится 30–40 с, клоническая – около 2 мин. После припадка часто наступает сон, но иногда наблюдается кратковременное возбуждение на фоне расстроенного сознания. При применении миорелаксантов судорожный компонент припадка выражен очень слабо.

Если подобранная дозировка оказалась недостаточной, припадка не наступает, полного выключения сознания не происходит. Во время одного сеанса можно, повысив дозу на 10–20 В или 0,1–0,2 с, произвести повторное включение.

Сеансы ЭСТ, при которых не развился припадок, значительно менее эффективны. Кроме того, у больных сохраняются неприятные ощущения, чувство страха перед следующим сеансом ЭСТ. Этого обычно не

бывает, когда вызывается развернутый эпилептиформный припадок, который полностью забывается больным (амнезия в результате выключения сознания).

Непосредственно перед включением аппарата электросудорожной терапии внутривенно быстро вводится раствор миорелаксанта – вещества, временно (приблизительно на 1 мин) ослабляющего мышечную силу, с тем, чтобы во время припадка судорожные сокращения мышц были бы минимальными и не грозили переломом длинных трубчатых костей или вывихами суставов, что встречается в качестве осложнений, когда миорелаксанты не применяются. В настоящее время наиболее часто применяется препарат дитилин (листенон) – 2% раствор (от 1 до 3 мл).

Курс лечения обычно состоит из 6–10 сеансов ЭСТ, при которых вызываются развернутые припадки. Сеансы обычно проводятся 3 раза в неделю.

Возможные осложнения. Без применения миорелаксантов, как уже отмечалось, могут возникнуть вывихи (в частности, нижней челюсти) и переломы трубчатых костей или компрессионный перелом позвоночника. При применении миорелаксантов существует опасность задержки дыхания из-за временного выключения межреберных мышц. Рядом исследователей отмечены мелкоточечные кровоизлияния в мозг, в связи с чем они рекомендуют применять ЭСТ только в исключительных случаях. Этот взгляд, однако, разделяется не всеми.

Учитывая возможность описанных осложнений, в помещении, где проводится ЭСТ, должна быть наготове аппаратура для реанимации.

Противопоказаниями для ЭСТ служат: лихорадочные заболевания, некоторые заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания костей и суставов, глаукома, тяжелое органическое поражение головного мозга.

Подготовка к ЭСТ сводится к тщательному терапевтическому и хирургическому обследованию больных. Необходимо произвести рентгенографию позвоночника.

Обязанности среднего медперсонала при проведении электросудорожной терапии. В период подготовки больных к ЭСТ необходимо проследить за своевременным осуществлением консультаций специалистов, рент-

генографии, анализов крови и мочи. Как в период подготовки, так и в дальнейшем температура измеряется 2 раза в день, ежедневно измеряется артериальное давление; анализы крови и мочи производятся 1 раз в неделю.

В день проведения сеанса ЭСТ следует проследить за тем, чтобы больные не принимали пищи, а перед сеансом были опорожнены мочевой пузырь и кишечник. Необходим осмотр ротовой полости, чтобы убедиться в состоянии зубов, между которыми вставляется резиновый валик или шпатель во время припадка; съемные протезы удаляются изо рта. Гребешки, шпильки и т. п. снимаются. Больные должны быть одеты в нестесняющее и легко снимаемое белье. Во время менструации сеансы ЭСТ женщинам не производятся.

В помещении, где проводится ЭСТ, должен быть набор следующих инструментов: роторасширитель, языкодержатель которые применяются в случаях западения языка); ларингоскоп с адаптером и набором интубационных трубок; кроме того, аппарат для искусственного дыхания, баллоны с кислородом и углекислотой (для применения в случаях длительной задержки дыхания, особенно, если применяются миорелаксанты); аппарат для измерения артериального давления; лоток для сбора рвотных масс. Необходимо иметь стерильные шприцы с иглами, в том числе и длинными (для инъекции в сердечную мышцу). Медикаменты: ампулы с растворами адреналина, лобелина, кофеина, кордиамина.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Под психотерапией понимают лечебное психическое воздействие на психику больного, имеющее своей целью изменить его болезненные установки, отношение к реальной действительности и к самому себе.

Одним из важнейших психотерапевтических «инструментов» является слово, воздействующее на больного и изменяющее его переживания. Однако психотерапевтическое воздействие не ограничивается словом. Не менее важное значение имеют и тон речи, и выражение лица, и жесты, и все те детали общения между людьми, которые часто называют «невербаль-

ной коммуникацией». Иначе говоря, психотерапевтическое воздействие оказывает вся личность медицинского работника.

Можно выделить два основных типа психотерапии: психотерапевтический подход, который входит составной частью во все виды лечения, и специальные психотерапевтические методы, применяемые по определенным показаниям при тех заболеваниях, в этиопатогенезе которых психогенные (психотравмирующие факторы играют важную роль.

Психотерапевтический подход. Существует самостоятельный раздел науки – медицинская деонтология, или наука о должном. В этой науке изучаются и разрабатываются, в частности, вопросы взаимоотношений, которые должны существовать между медицинским работником и пациентом. Психотерапевтический подход к больным является одной из существенных частей деонтологии.

Психотерапевтический подход – это неспецифический метод лечебного воздействия на психику больного. Когда мы говорим «неспецифический метод», мы имеем в виду, что лечебное воздействие осуществляется не при помощи какой-то определенной, специфической методики, а всеми возможными приемами, которыми располагает медицинский работник для того, чтобы достичь определенных психотерапевтических целей.

Какие же это цели? Можно выделить, по крайней мере, три основные цели, которые преследуются психотерапевтическим подходом.

Уменьшение эмоциональной напряженности. В своей известной книге «Раздумья о здоровье» видный советский хирург Н. М. Амосов писал о том, что, к сожалению, медики далеко не всегда могут избавить больного от болезни, но они всегда должны стремиться к тому, чтобы избавить его от душевных последствий болезни. Действительно, каждое заболевание сопровождается переживаниями, глубина и сложность которых зависит, с одной стороны, от характера болезни, а с другой стороны – от особенностей личности заболевшего человека. Почти всегда одним из постоянных компонентов являются беспокойство, тревожность, страх. Опасения за исход заболевания, беспокойство по пово-

ду того, как это отразится на работе, на семейной жизни, на взаимоотношениях с окружающими людьми, страх перед предстоящими исследованиями, процедурами или операцией – эти и многие другие тревожные мысли и ожидания составляют тот эмоциональный фон, который является осложняющим фактором в течении любого заболевания. Уменьшение выраженности подобных переживаний и является одной из главных целей психотерапевтического подхода.

Каким образом достигается эта цель? Конечно, одним из важнейших путей является эффективная квалифицированная лечебная помощь в отношении основного заболевания. Облегчение, которое испытывает больной от такой помощи, имеет не только физический, но и психотерапевтический смысл, вселяя в него уверенность в благоприятном исходе лечения. Однако эффект лечебных мероприятий может наступить не сразу, а ухудшение состояния может наблюдаться и при самом энергичном и квалифицированном лечении. Именно поэтому психотерапевтические воздействия оказываются необходимыми. Ничто так сильно не ранит больного, как невнимательное, а тем более пренебрежительное, отношение к его жалобам. «Это разве болезнь?! Это пустяк!» – может невзначай бросить медсестра, на попечении которой находятся и более тяжелые больные. Но для данного больного такие слова – не успокоение, а толчок для усиления эмоциональной напряженности и беспокойства: ведь он на себе чувствует, что это не пустяк, что из-за этого «пустяка» ему пришлось лечь в больницу или утратить трудоспособность, что ему предстоит перенести ряд сложных или болезненных процедур и т. д. Поэтому ему нужна более спокойная беседа (разговор), которая убедит его в отсутствии серьезных опасностей, несмотря на то, что он ожидает худшего. Тревожного больного следует отвлечь от беспокоящих его переживаний, переключив его внимание на другие предметы. Но для того, чтобы переключить внимание, необходимо знать интересы больного, значимые для него представления. Чрезвычайно важным является тактика по отношению к вопросам, которые больные задают в плане их заболевания. За этими вопросами нередко стоит та же самая тревожность, о которой

говорилось выше, прикрытая иногда внешним спокойствием или даже безразличием. Одним из главных условий при ответе на подобные вопросы является позиция, согласованная с лечащим врачом. Именно лечащий врач определяет тот круг сведений, которые могут быть сообщены больному, и медсестра никогда не должна пытаться выйти за пределы этого круга, как бы ей ни хотелось блеснуть своими знаниями. Если же в процессе беседы возникают вопросы, смысл ответов на которые не оговорен с лечащим врачом, сестра должна четко сказать, что на эти вопросы ответ может дать только врач.

Нередко больные, движимые своими тревожными опасениями, настойчиво просят показать им историю болезни или какую-либо другую медицинскую документацию. Любые такие попытки должны твердо отклоняться, и ни при каких условиях медицинская документация, специально не предназначенная для больного, не должна попадать ему в руки.

Другой целью, которую преследует психотерапевтический подход, является повышение активности больного. При этом имеются в виду стимуляция его интересов, вовлечение в те виды деятельности, которые допустимы по его состоянию. Одной из важных задач в этом отношении является устранение вредного влияния гиподинамии, связанной с ограничениями в двигательной активности. И. П. Павлов подчеркивал значение мышечной активности для поддержания оптимального тонуса коры больших полушарий головного мозга. Между тем больные иногда стремятся к ограничению двигательной активности при самых различных заболеваниях внутренних органов, после хирургических операций. Их представления о необходимости максимального покоя в случае заболевания еще более усиливаются под влиянием эмоциональной напряженности и тревожных опасений. Однако обездвиженность, в свою очередь, является фактором, способствующим углублению этих психических нарушений. Доброжелательное разъяснение пользы мышечной активности, а не распоряжения в виде приказа двигаться, оказывает гораздо больший эффект.

Не менее важным является и стимуляция психической активности, и медицинская сестра должна

стать таким организатором времяпрепровождения больных, чтобы они как можно больше участвовали в коллективных собеседованиях, в кружковой работе, в жизни и работе отделения. Не исключается, конечно, просмотр телепередач, но он должен быть ограничен во времени, чтобы больные смогли принять участие в различных видах деятельности.

Мобилизация внутренних ресурсов больного на борьбу с заболеванием чрезвычайно важна для повышения эффективности лечения. В беседах с больными настойчиво должна проводиться идея о том, что процесс выздоровления может быть замедлен или ускорен их собственным отношением к болезни и лечению. Они должны понимать, что возникновение и течение любого заболевания являются не просто следствием воздействия на организм каких-то вредностей, а продуктом взаимодействия вредных болезнетворных факторов с организмом. И если многие компенсаторные механизмы включаются и действуют помимо сознания, то очень большое влияние на течение заболевания оказывает наше сознание. Сюда относятся: понимание движущих сил, вызвавших заболевание и способствующих выздоровлению; сознательное выполнение врачебных назначений, включая вопросы режима и особенностей поведения; выработка правильного, адекватного отношения к заболеванию и его возможным последствиям.

Специальные методы психотерапии. В отличие от психотерапевтического подхода, осуществляемого всеми медицинскими работниками, специальные методы психотерапии проводятся врачами, имеющими подготовку в области психотерапии.

К основным методам психотерапии относятся: патогенетическая психотерапия, методы внушения и аутогенная тренировка. Показаниями для их применения являются психогенные заболевания (реактивные состояния, неврозы), психопатии, алкоголизм и наркомании. Аутогенная тренировка и методы внушения применяются, кроме того, при психосоматических заболеваниях (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь, некоторые кожные и эндокринные заболевания). Специальные методы психотерапии применяются как в психиатрических, так и в других лечебно-профилактических учреждениях.

Патогенетическая психотерапия является основным методом лечения психогенных заболеваний. В процессе психотерапии врач-психотерапевт на основании анализа истории развития личности больного человека и его взаимоотношений с внешним миром, на основании анализа ситуации, предшествовавшей развитию заболевания, устанавливает причину, которая оказала психотравмирующее воздействие. Затем психотерапевт добивается понимания самим больным тех особенностей его личности, которые подготовили почву для развития заболевания под воздействием психотравмирующего фактора. Разъяснение причин, вызвавших заболевание, помогает больному самому разобраться в этих сложных вопросах, что уже является важным шагом на пути к выздоровлению. В дальнейшем психотерапевт направляет свои усилия на перевоспитание больного, опираясь на те незатронутые болезнью интересы и отношения, которые имеют для больного особую значимость. Перестраивая отношения больного, добиваясь принятия им новой жизненной позиции, врач не только излечивает заболевание, но и предупреждает его повторение в будущем.

Методы внушения в состоянии гипнотического сна или наяву применяются для ликвидации отдельных симптомов психогенных и психосоматических заболеваний (например, двигательных или чувствительных расстройств при истерическом неврозе; астматических приступов при бронхиальной астме) или для выработки определенных реакций на раздражители, способствующие развитию заболевания (например, отвращение к запаху и вкусу спиртных напитков при алкоголизме). Вместе с тем следует отметить, что, снимая патологические симптомы или вырабатывая нужные реакции, методы внушения не ликвидируют причин, вызывающих заболевания, и поэтому не могут полностью излечить больного.

Аутогенная тренировка – это метод психотерапии, основанный на самовнушении. Смысл метода заключается в том, что под руководством психотерапевта больные обучаются приемам, позволяющим регулировать свои собственные вегетативные реакции. Это имеет большое значение для предупреждения повторных нервных срывов в трудных, «стрессовых» ситуациях.

Психотерапевтические методы могут применяться индивидуально к каждому больному или по отношению к целой группе больных. Патогенетическая психотерапия чаще проводится индивидуально, хотя в ряде случаев индивидуальные беседы сочетаются с коллективными сеансами, во время которых каждый больной имеет возможность взглянуть со стороны на болезненные симптомы, похожие на его собственные, и на методы их преодоления. Это способствует более глубокому пониманию своего заболевания и тем самым – излечению от него. Методы внушения используются приблизительно с одинаковой частотой, как индивидуально, так и в группах однородных больных. Аутогенная тренировка чаще всего проводится в группах, состоящих из 8–15 больных.

ТРУДОВАЯ ТЕРАПИЯ

Трудовая терапия занимает важное место в системе лечения как психически больных, так и больных другими, главным образом хроническими, заболеваниями.

Труд оказывает многостороннее влияние на состояние больных. С одной стороны, трудовая деятельность непосредственно влияет на регуляцию и тренировку основных нервных процессов – процессов возбуждения и торможения, нарушение которых лежит в основе развития психических расстройств. С другой стороны, она оказывает прямое влияние на психическое состояние больных, изменяя направление их психической деятельности от погруженности в болезненные переживания к сосредоточенности на производственных процессах и результатах своего труда, вызывая чувство уверенности в собственных силах, чувство удовлетворения от соучастия в полезной деятельности. Таким образом, трудовая терапия включает в себя элементы как биологического, так и психологического воздействия на больного человека.

Всякий труд полезен. Однако для того, чтобы превратить труд в трудовую терапию, необходимо соблюдение ряда условий.

Во-первых, трудовые процессы должны представлять определенный интерес для больного. Для этого необходимо, чтобы они обладали определенной слож-

ностью и ставили перед больным задачи, для решения которых требуются соответствующие усилия. Полезно, чтобы больные видели результаты своего труда в виде законченных изделий даже в тех случаях, когда различные операции производятся многими больными. Уровень сложности должен быть подобран для каждого больного индивидуально. Примитивные виды труда, предложенные квалифицированному и образованному человеку, могут лишь углубить чувство собственной неполноценности, поскольку он будет думать, что окружающие полагают о его неспособности на большее.

Во-вторых, в процессе трудовой терапии, по мере овладения трудовыми навыками, их сложность должна постоянно повышаться, что требует привлечения больного к новым, более сложным видам труда.

В-третьих, труд больных должен материально и морально поощряться в соответствии с результатами производственной деятельности. Это служит убедительной оценкой полезности усилий и старания больных и имеет для них большое стимулирующее значение.

В-четвертых, трудовая деятельность должна осуществляться в коллективе, чтобы содействовать восстановлению способностей больного к продуктивному общению с окружающими его людьми.

В психиатрических больницах трудовая терапия проводится как в отделениях, так и в специальных лечебно-трудовых мастерских. В отделениях в трудовую терапию вовлекаются больные, которые в силу своего болезненного состояния не могут быть отпущены за пределы отделения. Набор и разнообразие трудовых процессов здесь неизбежно оказываются ограниченными. Однако благодаря применению современных методов лечения, у большинства больных состояние улучшается в сравнительно короткие сроки, после чего они могут направляться в лечебно-трудовые мастерские.

В психоневрологических диспансерах лечебно-трудовые мастерские числятся как самостоятельные подразделения. В них на трудовой терапии находятся больные, проходящие лечение в дневном стационаре, и психически больные, признанные инвалидами (обычно II группы), которые не могут работать в условиях

обычного производства. Важно подчеркнуть, что, находясь в лечебно-трудовых мастерских, больные получают не только трудовую терапию, но и все другие виды лечения. Больные обеспечиваются питанием. Медикаменты они получают бесплатно.

В штаты лечебно-трудовых мастерских, помимо административного персонала, входят врачи по трудовой терапии, медицинские сестры и трудинструкторы.

Обязанности медицинской сестры заключаются в наблюдении за практическим выполнением назначений врача по трудовой терапии, в обеспечении режима труда, отдыха и лечения больных. Если заботы трудинструктора направлены главным образом на производственное обучение, соблюдение правил по технике безопасности, то медицинская сестра тщательно наблюдает за динамикой состояния больных во время трудовой терапии. От ее наблюдений зависят перевод больных на более сложные или более простые производственные процессы, коррекция лекарственных назначений, ограничение времени работы в зависимости от состояния каждого больного. Она же следит за тем, чтобы устраивались регулярные перерывы в работе (частота которых для отдельных больных может варьироваться), обеспечивает проведение производственной гимнастики, занятий по физкультуре. Медицинская сестра следит также за соблюдением санитарно-гигиенических правил как в мастерских, так и отдельными больными; за своевременным и полноценным питанием.

МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ И ОТКАЗАМИ ОТ ЕДЫ

Психомоторное (двигательное) возбуждение может нарастать постепенно или начинаться внезапно, непредвиденно. Различают несколько основных форм возбуждения: галлюцинаторно-бредовое, гебефреническое, кататоническое, маниакальное, психопатическое, эпилептическое. Особенности каждой из этих форм изложены при описании психопатологических синдромов и психических заболеваний. Здесь важно отметить, что, независимо от различий, характерных для этих заболеваний, лечение которых и является основой для предупреждения возникновения состояний возбуждения,

в случаях острого развития этих состояний принимаются меры, имеющие между собой много общего.

Купирование состояний возбуждения наиболее быстро и эффективно достигается внутримышечным введением нейролептиков. Для этого применяются 2,5% растворы аминазина или тизерцина в дозах от 2 до 6 мл либо 0,5% раствор галоперидола (2–3 мл), или 0,2% раствор трифтазина (3–5 мл). Предпочтительность введения аминазина (или тизерцина) определяется преобладанием психомоторного возбуждения, а галоперидола (или трифтазина) – преобладанием галлюцинаций, явлений психического автоматизма, бредовых идей преследования, отравления. При состояниях эпилептического возбуждения в последнее время вместо аминазина предпочитают 0,5% раствор седуксена в дозе 2–4 мл.

Для того чтобы произвести инъекцию, надо подготовить больного. Твердая, спокойная речь и поведение медицинского персонала могут оказать положительное воздействие. Очень помогает в этом ранее установленный хороший контакт с больным, его доверие к медицинскому работнику.

И все же иногда возбуждение достигает такой степени, что больной не поддается уговорам, и тогда приходится применять меры к его удержанию, ограничению. Следует иметь в виду, что в состоянии возбуждения больные проявляют необычную физическую силу. Для удержания больного 2–3 человека из числа медицинского персонала должны подойти к больному сзади, взять его с двух сторон за руки и ноги (под коленями) и уложить на кровать на спину. После этого один человек должен через простыню удерживать голени больного, а двое других – каждую из его рук (захватывая одной рукой предплечье, а другой – плечо, ниже плечевого сустава), при этом один человек удерживает голову больного (кладет ладонь на лоб). Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не вызвать переломов костей или вывихов суставов. Нельзя сдавливать грудную клетку во избежание перелома ребер. Излишне говорить, что у медицинского персонала не может быть и мысли о наказании больного, причинении ему боли.

В тех крайних случаях, когда больному не могут быть введены психотропные препараты или они не

оказали действия, по разрешению врача, в порядке исключения, производится ограничение больного на время не более 2 ч. Для этого опоясывают больного сложенной простыней и завязывают тугой узел на пояснице сзади. После этого полотнищами простыни ограничивают каждую руку в отдельности и завязывают их сзади у шеи.

Само по себе возбуждение создает большую нагрузку на сердечную деятельность. Применение нейролептиков (особенно аминазина и тизерцина), как уже указывалось ранее, в качестве побочного действия может вызывать коллаптоидные состояния, поэтому необходимо тщательно следить за состоянием сердечно-сосудистой системы у возбужденных больных и своевременно принимать меры для устранения возникших нарушений.

Отказы от еды бывают у больных с галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими расстройствами. Больные могут упорно отказываться от пищи под влиянием императивных слуховых галлюцинаций, обонятельных и вкусовых галлюцинаций, под влиянием бредовых идей отравления, самообвинения, в состоянии ступора с явлениями негативизма, при депрессивных состояниях с суицидными тенденциями. В целях преодоления отказов от еды прежде всего прибегают к уговорам, во время которых разубеждают больного, если у него имеются подозрения в отношении качества пищи, заменяют ее или пробуют пищу у него на глазах. Ступорозным больным оставляют их порцию, и иногда они съедают ее в отсутствие наблюдателей. Поручают кормление больных тем лицам, которым они доверяют (из числа медицинского персонала или родственников). Если все это не помогает, больным вводится подкожно 4–8 ЕД инсулина, что обычно пробуждает чувство голода, однако если при этом больного не удается накормить, через 2 ч внутривенно вводят 20 мл 40% раствора глюкозы.

Успешными могут оказаться попытки накормить больного в состоянии барбамил-кофеинового растормаживания. Для этого внутривенно медленно вводится смесь 5% раствора барбамила (5–8 мл) и 10% раствора кофеина (1–2 мл). Еще в процессе вливания этой смеси у больных развивается состояние, внешне

напоминающее опьянение: они становятся словоохотливыми (благодаря чему можно провести беседу, уточняющую картину внутренних переживаний и, в частности, причин отказа от еды), двигательно оживленными, может появиться аппетит. Такое состояние длится 15–20 мин, чем можно воспользоваться для кормления.

При появлении запаха ацетона изо рта, а при его отсутствии на 3–4-е сутки упорного отказа от еды и неэффективности описанных выше приемов, производится искусственное кормление больных через зонд. Для проведения этой процедуры больного укладывают на кушетку на спину. Осматривают ротовую полость; если имеются зубные протезы, они снимаются. Зонд, конец которого смазывается глицерином, вводится врачом или при его наблюдении – медицинской сестрой через нос, а при нарушении проходимости носовых ходов – через рот (в рот вводится роторасширитель). Зонд должен пройти через глотку и пищевод в желудок (расстояние около 50 см, на зонде предварительно делается соответствующая отметка). Если зонд введен в желудок, больной дышит спокойно. Если при введении зонда у больного появляются затрудненное дыхание, кашель, синюшность кожных покровов, зонд следует немедленно вынуть, так как эти признаки свидетельствуют о его прохождении в дыхательные пути – в трахею, а иногда и в бронхи. Поскольку у ослабленных больных кашлевой рефлекс может быть понижен и могут отсутствовать другие признаки попадания зонда в дыхательные пути, перед введением в зонд питательной смеси необходимо еще раз убедиться в том, что конец зонда находится в желудке. Помимо свободного дыхания, об этом свидетельствует следующее: введение воздуха в зонд при помощи баллона вызывает шумы в области желудка, напоминающие урчание; пламя горящей спички или легонький кусочек ватки, будучи поднесены к краю воронки, вставленной в зонд, не отклоняются (значит, воздух из легких не выходит через зонд). После подобной проверки через воронку вводятся 50–200 мл воды или чая, а затем подогретая питательная смесь, содержащая молоко или бульон с 2–3 сырыми яйцами, сливочное масло, сахар, соль, овощные или фруктовые соки в количестве 500–1000 мл. После окончания

введения смеси зонд быстро извлекается. Больной должен несколько минут продолжать лежать на спине, чтобы не возникла рвота. Больным, у которых легко возникает рвота, за 10–15 мин до введения зонда подкожно вводится атропин или кончик зонда смачивается 1% раствором новокаина, а 5–10 мл новокаина вливается через зонд перед введением питательной смеси.

Кормление через зонд проводится не чаще 1 раза в день. При необходимости зондового кормления в течение продолжительного времени тщательное внимание обращается на состояние носовых проходов.

Глава 5

ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Под психическим здоровьем понимается не только отсутствие психических заболеваний, но и всестороннее гармоничное развитие личности человека, обеспечивающее его активное участие в жизни общества.

Мероприятия, направленные на укрепление психического здоровья, относятся к **психогигиене**. Психогигиенические идеи уже давно высказывались передовыми учеными. Однако их осуществление и развитие психогигиены как области науки и практики стало возможным лишь после Великой Октябрьской социалистической революции. Только в условиях социалистического общества, целью которого является благо народа, само государство в качестве одной из своих основных функций ставит задачу укрепления народного здоровья.

Психогигиенические мероприятия разделяются на общегосударственные и индивидуальные. К общегосударственным относятся все мероприятия, которые, в конечном счете, способствуют формированию здоровой, гармонично развитой личности. Характерно, что в Конституции СССР (ст. 20) сказано: «Советское государство ставит своей целью расширение реальных возможностей для применения гражданами своих творческих сил, способностей и дарований, для всестороннего развития личности». Это в первую очередь – обеспечение непрерывного роста материального благосостояния и культурного уровня советского народа. Широкий раз-

мах жилищного строительства, повышение реальных доходов трудящихся, забота об улучшении труда и отдыха, меры по организации всестороннего воспитания и обучения, начиная с детского возраста,— все это имеет огромное психогигиеническое значение.

Социально-политические преобразования отражаются на жизни каждого человека не только непосредственно, но и опосредованно через функционирование тех коллективов (производственного, учебного, семейного и т. д.), членом которых он является. Поэтому в рамках каждого из таких коллективов развиваются более частные формы психогигиенических влияний. С этой точки зрения рассматривают психогигиену труда, психогигиену быта, возрастную психогигиену, психогигиену семьи и сексуальной жизни.

Психогигиена труда предусматривает создание условий, способствующих укреплению психического здоровья в процессе производственной деятельности. Особенно большое значение имеет создание условий, с одной стороны, исключающих возможность чрезмерных перегрузок (например, плановость и ритмичность в выполнении производственных заданий), а с другой стороны, способствующих рациональной организации режима дня трудящегося (установление сменности труда, правильной организации питания, активного отдыха, производственной гимнастики и т. п.). Не менее существенным является создание оптимальной психологической атмосферы в коллективе. Научная организация труда, получившая широкое распространение в последние годы, направлена на повышение производительности главным образом путем создания условий, при которых трудоспособность человека значительно повышается при одновременном снижении энергетических затрат и психического напряжения.

Чрезвычайно важным разделом психогигиены, близко стоящим к психогигиене труда, является психогигиена обучения. Для социалистического образа жизни характерно, что человек учится, повышает свою квалификацию, овладевает все новыми и новыми областями знаний с детского до пожилого возраста. Рациональная организация учебы, разработка дифференцированных учебных программ, в том числе и при совмещении производственной и учебной деятельности, имеет огромное психогигиеническое значение.

Психогигиена быта относится в первую очередь к вопросам взаимоотношений людей в быту. Однако не менее важными являются мероприятия, направленные на облегчение домашнего труда, механизацию домашних работ, создание учреждений и организаций, которые могут помочь людям перераспределить бюджет времени таким образом, чтобы увеличить возможности для культурного роста и активного отдыха за счет снижения временных затрат на однообразные, трудоемкие и малопродуктивные бытовые работы.

Психогигиена семьи и сексуальной жизни, касающаяся вопросов брака, семейных отношений и сексуальной жизни, еще совсем недавно недооценивалась. Между тем именно в семье закладываются основы гармоничного развития личности, а внутрисемейные конфликты тяжелым образом отражаются на всех остальных сферах жизнедеятельности человека. Прочность семьи способствует взаимообогащению людей, играет важнейшую роль в воспитании подрастающего поколения. Ценностные ориентации, выработанные в семье, в значительной мере определяют место и поведение человека в обществе. Ничто так отрицательно не сказывается на эмоционально-волевом развитии человека, как неустойчивость, двойственность или противоречивость установок, вырабатываемых в семье.

Возрастная психогигиена занимается психогигиеническими проблемами, которые имеют своеобразные особенности в детском, подростковом, зрелом, пожилом и старческом возрасте. Она охватывает широкий круг вопросов. Это – вопросы воспитания, выработки положительных эмоционально-волевых качеств, адекватной самооценки, чувства коллективизма. Важное значение имеет выработка направленности личности в соответствии с интересами, возможностями и способностями человека. Привитие чувства ответственности, внутренней дисциплинированности, упорства в преодолении трудностей является залогом развития таких качеств личности, которые превращаются в важные факторы, укрепляющие психическое здоровье человека. Возрастная психогигиена вырабатывает рекомендации относительно максимального повышения активности человека, возможного для каждого возрастного периода.

Если психогигиена направлена на укрепление психического здоровья, то **психопрофилактика** занимается

вопросами предупреждения возникновения психических заболеваний и их тяжелых последствий.

Различают специфическую и неспецифическую психопрофилактику.

К специфической профилактике относятся мероприятия, направленные на предупреждение определенных психических заболеваний путем воздействия на причины, их вызывающие. Так, например, борьба с инфекционными заболеваниями и их успешное лечение одновременно представляют собой специфическую профилактику инфекционных психозов. То же самое можно сказать в отношении многих соматических заболеваний, интоксикаций и черепно-мозговых травм.

К неспецифической профилактике относятся мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний вообще. Неспецифическая психопрофилактика очень близка к психогигиене и порой неотделима от нее. Сюда относятся те общегосударственные мероприятия, которые, укрепляя психическое здоровье, препятствуют тем самым возникновению психических заболеваний. В дополнение к этому к неспецифической психопрофилактике относится и применение целого ряда чисто медицинских методов. К ним, например, относится борьба с родовым травматизмом, в результате которого возможно органическое поражение головного мозга, что может послужить патологической основой для развития олигофрении, эпилепсии, психопатии и других психических заболеваний.

Психопрофилактика также делится на первичную, вторичную и третичную.

К первичной профилактике относятся мероприятия, направленные на возникновение психических заболеваний. Могут применяться как специфические, так и неспецифические методы профилактики. В осуществлении первичной профилактики важную роль играют общегосударственные мероприятия, о которых уже говорилось, в сочетании с мерами медицинского характера. В дополнение к сказанному выше о лечении тех заболеваний, которые могут вызывать психические расстройства, здесь следует подчеркнуть особую роль медико-генетических консультаций и медицинскую помощь беременным. Медико-генетические консультации определяют степень риска возникновения психического заболевания у потомства на основании генетического

анализа здоровья супружеских пар, готовящихся стать родителями.

Медицинское наблюдение за беременными женщинами, осуществляемое в женских консультациях, также имеет важное значение с точки зрения первичной профилактики психических нарушений у потомства. Так, вирусные заболевания, особенно краснуха и корь, в течение первых 3 мес беременности резко увеличивают риск рождения ребенка, страдающего олигофренией. Травмы, тяжелые токсикозы, белковое голодание во время беременности, алкоголизм и наркомании могут также неблагоприятно отразиться на развитии головного мозга плода. Повышение качества работы службы родовспоможения тоже должно рассматриваться как существенный фактор первичной психопрофилактики.

К вторичной профилактике относятся мероприятия, направленные на возможно раннее выявление психически больных и их интенсивное лечение, так как это рано начатое лечение нередко предупреждает тяжелое течение психического заболевания. Для достижения целей вторичной профилактики решающее значение имеют приближение психиатрической помощи к населению и санитарно-просветительная работа, поскольку грамотное отношение к вопросам психического здоровья и обеспечение возможности обращения за психиатрической помощью создают предпосылки для наиболее ранней диагностики и лечения.

Таким образом, мероприятия по вторичной психопрофилактике обеспечиваются, с одной стороны, заботой государства о дальнейшем развитии и приближении психиатрической помощи к населению, а с другой стороны, медицинскими работниками самых различных профилей, которые должны знать начальные проявления психических заболеваний, и, конечно, работниками психиатрической службы, на которых лежит ответственность за наиболее раннее распознавание и лечение психических болезней.

К третичной профилактике относятся мероприятия по предупреждению рецидивов психических заболеваний и утяжелению инвалидности. Эти мероприятия осуществляются работниками психиатрической службы и органами социального обеспечения. Вся система диспансерного наблюдения за психически больными,

включая поддерживающую терапию, трудовую терапию в лечебно-трудовых мастерских и рациональное трудоустройство, наряду с пенсионным обеспечением инвалидов, в полной мере соответствует задачам по проведению третичной профилактики.

Глава 6

ТРУДОВАЯ, ВОЕННАЯ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

Психические заболевания нередко влекут за собой временное или постоянное изменение положения больных в обществе, в значительной мере влияют на осуществление ими прав и обязанностей, записанных в Конституции СССР. Поскольку во многих случаях речь идет об ограничении прав и обязанностей, решение этих вопросов является важной и ответственной задачей. Соответствующими законоположениями решение таких вопросов возлагается не на отдельных медицинских работников, а на специально создаваемые экспертные комиссии, состоящие не менее чем из 3 врачей, имеющих специальную подготовку и высокую квалификацию в области проводимой экспертизы.

Имеется три основных вида экспертизы: трудовая, военная и судебно-психиатрическая. Каждая из них может проводиться либо в амбулаторных, либо в стационарных условиях. На стационарную экспертизу направляются граждане, состояние психического здоровья которых требует тщательного наблюдения и применения таких методов исследования, использование которых в амбулаторной практике затруднительно или невозможно. Персональный состав экспертных комиссий по решению органов, имеющих право назначать экспертизу, может быть постоянным или временным. В проведении стационарной экспертизы роль средних медицинских работников особенно значительна.

Трудовая экспертиза. Трудовая экспертиза производится с целью установления степени стойкого снижения или утраты трудоспособности.

Врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) подчинены органам социального обеспечения (отделы

социального обеспечения при исполнительных комитетах Советов народных депутатов). Для экспертизы трудоспособности больных, страдающих психическими заболеваниями, создаются специализированные ВТЭК, в состав которых входят 2 психиатра (один из них – председатель комиссии) и специалист по внутренним болезням.

Амбулаторная трудовая экспертиза производится на базе районных психоневрологических диспансеров, где специализированная психиатрическая ВТЭК проводит регулярные выездные заседания. Направление на ВТЭК и медицинская документация подготавливаются участковыми психиатрами диспансера. В медицинских сведениях, направляемых на ВТЭК, должны содержаться данные динамического наблюдения за психическим состоянием больных и данные социальных обследований на дому и по месту работы.

Объективные сведения, полученные сестрой-обследовательницей, имеют большое значение для экспертной оценки. Они важны, в частности, и потому, что трудовые установки психически больных нередко не соответствуют тяжести их заболевания. В некоторых случаях, при отсутствии критики к своему состоянию или при наличии бредовых идей, больные стремятся получить направление на работу, которая им явно противопоказана; в других же случаях, например, при наличии ипохондрических расстройств, при некоторых разновидностях психопатии, они претендуют на признание значительно большей утраты трудоспособности, чем это определяется по их психическому состоянию.

Трудовая экспертиза в стационаре проводится длительно госпитализированным больным, у которых наступил срок переосвидетельствования в период их пребывания в больнице, и больным, специально направляемым для прохождения ВТЭК в условиях стационара.

Так же, как и при амбулаторной экспертизе, медицинские сведения на ВТЭК подготавливаются лечащими врачами. Основанием для этого служат данные клинического и дополнительных методов исследования, наблюдения за состоянием больных за время пребывания в стационаре и данные социальных обследований на дому и производстве (если больные до поступления в стационар работали). Таким образом, вновь роль медицинской сестры в правильной экспертной оценке

трудоспособности оказывается чрезвычайно важной. От тщательности наблюдения за поведением больных, за их участием в трудовой терапии и в жизни отделения, от полного отражения этих данных в сестринских дневниках наблюдения во многом зависит окончательная объективная оценка состояния больных. То же самое можно сказать и о данных социальных обследований.

В зависимости от степени снижения или утраты трудоспособности в связи с психическими заболеваниями врачебно-трудовые экспертные комиссии устанавливают одну из 3 групп инвалидности.

Наиболее легкая степень стойкого снижения трудоспособности, выражающаяся в том, что больные из-за своего психического заболевания не могут выполнять полный объем работы по своей специальности или опыту, должны приобрести новую квалификацию или переведены на менее квалифицированный вид труда, обусловливает определение III группы инвалидности.

II группа инвалидности устанавливается больным, которые в результате психического заболевания утратили трудоспособность. Большинство больных, признанных инвалидами II группы, после выписки из больницы направляются на трудовую терапию в лечебно-трудовые мастерские.

I группа инвалидности устанавливается больным, у которых не только утрачена трудоспособность, но и имеется необходимость постоянного ухода со стороны посторонних лиц.

Переосвидетельствование инвалидов II и III групп производится через год, а инвалидов I группы – через 2 года.

Военная экспертиза. Военно-врачебная психиатрическая экспертиза определяет состояние психического здоровья призывников, чтобы не допустить призыва в Советскую армию лиц, которые в результате психических нарушений не могут нести военную службу, и определяет годность к службе в армии военнослужащих, у которых выявлены психические расстройства.

Экспертиза проводится военно-врачебными комиссиями (ВВК).

При определении годности к военной службе призывников всестороннее обследование производится при приписке к призывному пункту, в призывных

комиссиях, при распределении по родам войск и в частях. В ВВК, работающие в период приписки и при призывных комиссиях, психиатры не входят, но привлекаются для консультации.

В ряде случаев освидетельствования в этих комиссиях окончательное экспертное решение не может быть вынесено, и тогда назначается стационарное обследование, которое проводится обычно в течение 1 мес. За это время должны быть проведены все необходимые исследования и наблюдения. Сестринские наблюдения имеют особенно большое значение. Следует учитывать, что нередко призывники пытаются скрыть или диссимулировать имеющиеся у них психические заболевания. При отсутствии выраженной симптоматики только тщательное наблюдение за поведением подэкспертных, за их склонностями, реакциями на окружающих, за их взаимоотношениями с больными может вскрыть характер имеющейся у них патологии.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном судопроизводстве проводится по решению следственных или судебных органов в тех случаях, когда в процессе следствия, судебного разбирательства или отбывания наказания возникают сомнения в полноценности психического здоровья подследственного, обвиняемого или осужденного. Гражданское судопроизводство предусматривает проведение судебно-психиатрической экспертизы в связи с рассмотрением вопросов об опеке, расторжении брака, лишении родительских прав и т. п., т. е. тогда, когда необходимо решение вопроса о дееспособности истца или ответчика.

Определение о назначении экспертизы выносится следователем или судом. Судебно-психиатрическая экспертиза может быть амбулаторной, стационарной, у следователя, в ходе судебного заседания, заочной и посмертной.

Для среднего медицинского работника с практической точки зрения наибольшее значение имеет стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, поскольку экспертное заключение основывается не только на изучении материалов следственного или судебного дела, но и на основании психиатрического обследования, проводимого в стационаре, и данные наблюдений среднего медперсонала имеют существенное значение

для судебно-психиатрических экспертов. Стационарная экспертиза проводится в специальных судебно-психиатрических отделениях психиатрических больниц обычно в течение 1 мес, однако при необходимости ее продолжительность может быть увеличена.

Обязанности медицинской сестры. Как уже говорилось, значение наблюдений среднего медперсонала за лицами, находящимися на стационарной судебно-психиатрической экспертизе, чрезвычайно велико. От их полноты и четкости в значительной степени зависят ход диагностического процесса и качество экспертного заключения. Поэтому все детали поведения, высказываний и взаимоотношений подэкспертных на протяжении времени дежурства медицинской сестры должны получать объективное отражение в дневниках.

Медицинский работник должен иметь в виду, что незаконченность судебно-следственной ситуации может накладывать особый отпечаток на поведение подэкспертных, особенно тех из них, у которых психические расстройства не достигают глубокой степени. Они нередко пытаются вызвать к себе особое расположение, иногда ведут себя демонстративно, вырабатывают рисунок поведения, который, по их мнению, способствует достижению поставленных целей.

Учитывая то, что среди подэкспертных могут находиться лица с симулятивными тенденциями, все правила по режиму судебно-психиатрических отделений должны выполняться с особой тщательностью.

Необходимо также иметь в виду, что разглашение каких-либо сведений из материалов дела или о состоянии подэкспертных категорически запрещается.

Что касается больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрических больницах, то на них распространяются все правила ухода и надзора, существующие для психически больных. Усиленного внимания требует возможная склонность таких больных к побегу из больницы.

Глава 7

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Стройная система организации психиатрической помощи является одним из крупных достижений советского здравоохранения. Принципиально важными особенностями этой системы являются максимальное приближение психиатрической помощи к населению и тесная взаимосвязь между всеми ее звеньями, обеспечивающими активность и непрерывность наблюдения и лечения больных с психическими расстройствами.

Руководство психиатрической помощью осуществляется Министерством здравоохранения СССР, министерствами здравоохранения союзных и автономных республик, отделами здравоохранения местных Советов народных депутатов. В составе каждого из этих руководящих органов имеются управления, отделы или главные специалисты, непосредственно отвечающие за работу психиатрической службы.

С 1976 г. из общей психиатрической службы выделена система наркологической помощи, которая, хотя и остается функционально связанной с психиатрической помощью, имеет самостоятельные структуру и функции.

Психиатрическая помощь осуществляется также в учреждениях, подчиненных министерствам просвещения (вспомогательные школы, интернаты для умственно отсталых детей, лесные школы для детей с невротическими расстройствами), социального обеспечения (интернаты для психически больных, врачебно-трудовые экспертные комиссии, психиатрические отделения в научно-исследовательских институтах экспертизы трудоспособности) и внутренних дел (лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения больных алкоголизмом и специальные психиатрические больницы для принудительного лечения психически больных, совершивших особо общественно опасные действия). Кроме того, в системе профсоюзов имеются санатории психоневрологического профиля.

Научно-исследовательская работа в области психиатрии ведется в научно-исследовательских институ-

тах, на кафедрах психиатрии медицинских институтов и институтов для усовершенствования врачей.

Лечебно-профилактические психиатрические учреждения делятся на стационарные (больничные) и внебольничные.

К стационарным учреждениям относятся психиатрические больницы и психиатрические (или психосоматические) отделения, развертываемые в соматических больницах.

К внебольничным учреждениям относятся психоневрологические диспансеры, психиатрические диспансерные отделения и кабинеты городских, центральных районных и районных больниц.

Наркологическая помощь осуществляется наркологическими диспансерами, которые по мере надобности организуют отделения, кабинеты и наркологические пункты в других учреждениях.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Психоневрологический диспансер является центральным учреждением в системе психиатрической помощи.

Существует два типа психоневрологических диспансеров: областные (краевые, республиканские) и городские (районные).

В задачи областных (краевых, республиканских) диспансеров входят:

1) оказание организационно-методической помощи всем внебольничным и стационарным психоневрологическим учреждениям области;

2) консультативная помощь больным, направляемым психиатрическими и другими лечебно-профилактическими учреждениями;

3) проведение судебно-психиатрической и военной экспертизы;

4) анализ состояния психиатрической помощи населению и выработка предложений по дальнейшему улучшению психиатрической помощи.

Работники областного диспансера ведут также психогигиеническую и лечебно-профилактическую работу, систематически выезжая в прикрепленные к ним районы области.

Городские (районные) диспансеры осуществляют непосредственную психиатрическую помощь в строго

определенном районе обслуживания. В их задачи входят:

1) активное выявление и учет больных;

2) диспансерное наблюдение за выявленными больными;

3) амбулаторное лечение;

4) своевременное направление в стационар больных, нуждающихся в госпитализации;

5) оказание больным правовой, социально-бытовой и патронажной помощи;

6) осуществление (совместно с органами социального обеспечения) трудоустройства больных;

7) проведение судебной, военной экспертизы и экспертизы временной нетрудоспособности;

8) оказание консультативной психиатрической помощи в лечебно-профилактических учреждениях; проведение психогигиенической и психопрофилактической работы.

Для выполнения перечисленных задач городские (районные) диспансеры работают по участковому принципу и имеют в своей структуре: участковые психиатрические кабинеты для обслуживания взрослого населения, участковые психиатрические кабинеты для обслуживания детей, лечебно-трудовые мастерские и дневные стационары, а также процедурные кабинеты и регистратуру. Для больных, не нуждающихся в длительной госпитализации, при диспансерах могут организовываться стационары.

Все больные с установленным психиатрическим диагнозом, проживающие в районе обслуживания диспансера, берутся на учет; на них заполняются контрольные карты диспансерного наблюдения (форма 030–1/у) и заводится амбулаторная карта (история болезни).

Им назначается лечение и оказывается необходимая социальная помощь.

За больными ведется активное диспансерное наблюдение: в зависимости от состояния больных участковый психиатр назначает им срок очередного посещения, и, если они не приходят в диспансер, их посещают на дому. Регуляция сроков осмотра больных в зависимости от их состояния и проводимого лечения входит в понятие динамического учета больных. Выделяются следующие группы динамического учета:

I – для больных непосредственно после выписки из психиатрического стационара, а также имеющих больничные листы. Эти больные должны посещать диспансер или навещаться на дому каждые 3–5 дней. Такая высокая активность наблюдения нужна потому, что для больных, выписанных из стационара, переход во внебольничную обстановку может явиться стрессовым фактором. Не все больные легко адаптируются к такому переходу. Многие, почувствовав «свободу», могут нарушать режим, не принимать назначенные лекарства, вследствие чего возможно обострение заболевания.

II – для больных, течение заболевания у которых имеет склонность к частым обострениям; для больных, находящихся на поддерживающей терапии психотропными средствами, – для того, чтобы следить за регулярностью приема лекарств и возможными побочными явлениями и осложнениями; для больных, находившихся на принудительном лечении, ввиду возможности возникновения социально опасного поведения. Частота посещений больных II группы – 1 раз в 15–30 дней.

III – для больных с длительно текущими психическими заболеваниями при неполной социальной адаптации. Частота посещений – 1 раз в 2–3 мес.

IV – для больных, не требующих в данный момент лечения и активных социально-профилактических мероприятий, которых, однако, еще нельзя снять с учета. Они должны осматриваться 1 раз в 6–12 мес.

V группа (вспомогательная) – для больных, находящихся в данное время в стационаре.

Контрольные карты диспансерного наблюдения расставляются в картотеке участкового психиатра соответственно датам следующего посещения. Участковые врач и медицинская сестра контролируют своевременность посещений больными диспансера. В случае неявки медицинская сестра, а в дальнейшем, при необходимости, и врач посещают больного на дому.

Дневной стационар при психоневрологическом диспансере предназначен для обследования и лечения больных с начальными формами психических заболеваний, для предупреждения и раннего купирования рецидивов болезни, для больных с временной утратой трудоспособности. В дневном стационаре больным проводятся лечение психотропными средствами, психотера-

пия, в частности коллективная, общеукрепляющее лечение и, как правило, трудовая терапия в лечебно-трудовых мастерских диспансера. Больные находятся в стационаре в течение дня, а вечер и ночь проводят дома.

Лечебно-трудовые мастерские диспансера предназначены для трудового обучения и трудовой терапии психически больных со стойкой утратой трудоспособности, а также для трудовой терапии больных, находящихся на лечении в дневном стационаре. Характер и продолжительность трудовых процессов для каждого больного назначаются врачом лечебно-трудовых мастерских. За выработанную продукцию больные получают заработную плату. Назначенная им пенсия выплачивается полностью. Больные получают медикаменты и питание бесплатно. Таким образом, лечебно-трудовые мастерские осуществляют не только лечебную помощь больным, но и оказывают им существенную материальную поддержку. Значительная часть доходов, получаемых от реализации выработанной продукции, идет на приобретение оборудования и инвентаря диспансера.

Там, где нет психоневрологических диспансеров, их функции выполняют диспансерные отделения психиатрических больниц, психиатрические кабинеты в городских, центральных районных или районных больницах.

Обязанности среднего медицинского персонала, работающего в психоневрологическом диспансере. В диспансере работают участковые медицинские сестры, медицинские сестры социальной помощи, процедурные медсестры, а также медицинские сестры дневного стационара и лечебно-трудовых мастерских.

Участковая медицинская сестра работает под непосредственным руководством участкового психиатра и вместе с ним осуществляет активное наблюдение за больными, контролируя сроки посещения в соответствии с принадлежностью к той или иной группе динамического учета и в необходимых случаях посещая больных на дому. Особое внимание медицинская сестра уделяет вопросам регулярного приема больными назначенных лекарств и выполнению других врачебных назначений. Она устанавливает контакты с семьей больного, общественными организациями и администрацией учреждения, где он работает или учится, ведет разъяснительную работу среди родствен-

ников и окружающих больного лиц, стремясь создать для него оптимальную бытовую и рабочую обстановку. Сестра оказывает существенную помощь в сборе объективных, анамнестических и катамнестических данных. Медицинская сестра находится в кабинете участкового психиатра во время приема больных, помогая ему в обследовании больных и ведении медицинской документации.

Медицинская сестра социальной помощи работает под руководством участковых врачей. По заданию участковых врачей она устанавливает контакты с администрацией и общественными организациями предприятий и учреждений, в которых работают больные, с органами социального обеспечения и с другими организациями с целью оказания больным помощи в трудоустройстве, улучшении бытовых условий, защите их прав. Она оказывает помощь больным в подборе необходимой документации для оформления патронажа, опеки, определения группы инвалидности, для трудового устройства, для решения жилищно-бытовых вопросов. Сестра социальной помощи следит за правильностью осуществления патронажа и опеки.

Одним из наиболее частых заданий, даваемых медицинским сестрам, является социальное обследование на дому или на работе. Помимо конкретных задач такого обследования, которые каждый раз формулируются участковым психиатром, медицинская сестра должна собрать ответы на ряд общих вопросов. К ним относятся: с кем и в каких условиях проживает больной; материальное положение; взаимоотношения с членами семьи и с соседями; отношение к работе; помощь на дому; кем осуществляется забота о больном; нет ли у больного общественно опасных тенденций. Все эти данные заносятся в историю болезни.

Процедурные медицинские сестры осуществляют врачебные назначения больным, находящимся как на амбулаторном лечении, так и в дневном стационаре и в лечебно-трудовых мастерских.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

Психоневрологические кабинеты могут организовываться при детских поликлиниках. Детский психиатр и медицинская сестра этого кабинета работают в тесном контакте с школьными врачами. Они проводят первичное обследование детей с низкой успеваемостью, с выраженными трудностями в поведении, включая изучение среды, в которой живут такие дети. В тех случаях, когда особенности поведения или низкая успеваемость имеют в своей основе психические нарушения, а не связаны с педагогической или социальной запущенностью, дети направляются для лечения и активного наблюдения в психоневрологический диспансер.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ В ПОЛИКЛИНИКАХ

Как уже отмечалось в предыдущих главах, у больных различными соматическими заболеваниями могут возникать патологические реакции на болезнь. У многих больных психологические факторы способствуют развитию или утяжеляют течение основного заболевания. Психотерапевтическая помощь таким больным оказывается не только эффективной, но и необходимой. Она осуществляется в специальных психотерапевтических кабинетах, которые создаются в последние годы в структуре поликлиник. Проводится индивидуальная и групповая психотерапия. Если оказывается, что психические нарушения, определяемые у больного, не связаны с соматическим заболеванием или достигают психотического уровня, такой больной переводится на учет и лечение в психоневрологический диспан ер.

СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Скорая психиатрическая помощь обычно создается в крупных городах и обслуживает все население города, тогда как неотложная психиатрическая помощь обычно функционирует при районных психоневрологических диспансерах. Работники скорой и неотложной

помощи выезжают по вызовам и, в зависимости от необходимости, либо оказывают помощь на месте, либо доставляют больных в психиатрические больницы.

В бригаду, работающую на скорой помощи, входят психиатр, средний медицинский работник и санитары. Вызовы скорой помощи обычно производятся для больных с острым развитием психотических расстройств. В таком состоянии у больных часто отсутствует критика к своим болезненным переживаниям, у них могут быть помрачение сознания, выраженные галлюцинаторные и бредовые расстройства (в частности, бредовые идеи преследования), поэтому медицинские работники должны быть предельно осторожными, так как могут подвергнуться нападению. Они должны настойчиво пытаться вступить с больным в доверительный контакт, не угрожая и не запугивая его. Физическое удержание допустимо лишь в крайних случаях, когда поведение больного носит опасный характер или для производства инъекции седативных средств.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Психиатрические больницы предназначены для стационарного обследования и лечения психически больных.

Основным показанием для госпитализации является опасность больных для себя или для окружающих, возникающая как следствие психотических расстройств. Психомоторное возбуждение, галлюцинаторные и бредовые расстройства могут вести к агрессивному поведению. Под влиянием депрессивных расстройств, императивных галлюцинаций и бредовых идей они могут пытаться покончить жизнь самоубийством. Такие состояния служат основанием для неотложной госпитализации, т. е. незамедлительного помещения в психиатрическую больницу даже при отсутствии согласия на это самих больных или их родственников. Учитывая опасность больных, их нельзя оставлять без медицинского надзора до самого момента госпитализации. Оформление документов для неотложной госпитализации осуществляется по специальным правилам.

Другими показаниями для госпитализации являются:

1. Необходимость уточнения диагноза психического заболевания в случаях, когда требуются длительное

и всестороннее наблюдение за больными и проведение дополнительных методов, диагностики, которые производятся только в условиях стационара.

2. Необходимость проведения тех видов лечения, которые не применяются во внебольничных условиях (лечение большими дозами психотропных препаратов, электросудорожная или инсулинотерапия и т. п.).

3. Необходимость проведения стационарной судебно-психиатрической, военной или трудовой экспертизы.

4. Принудительное лечение по определению суда.

Структура психиатрической больницы. Основными структурными подразделениями психиатрической больницы являются: 1) приемное отделение; 2) лечебные отделения; 3) лечебно-диагностические отделения; 4) лечебно-производственные (трудовые) мастерские.

Приемное отделение (приемный покой) организуется по принципу санитарного пропускника и наделено важными функциями, включающими в себя первичное распознавание психического состояния поступающих больных, от чего зависит их помещение в соответствующее лечебное отделение. Дежурный медицинский персонал состоит из врача, медицинской сестры (фельдшера) и санитаров. Больные, поступающие с выраженными психическими расстройствами, должны быть тщательно осмотрены как в санитарно-гигиеническом отношении, так и с целью изъятия предметов, которые не должны попасть в психиатрические отделения (острые, режущие предметы, лекарства, украшения и т. п.). Иногда больные стремятся нарушить эти правила, заранее планируя обеспечить себя тем, что им в их болезненном состоянии представляется необходимым. Так, например, депрессивные больные со склонностью к совершению самоубийства иногда пытаются сохранить у себя различные предметы, которые могут быть использованы в этих целях; больные наркоманией нередко пытаются спрятать вещества, которыми они намереваются воспользоваться в состоянии абстиненции. Следует заметить, что часто попытки обмануть медицинский персонал носят весьма изобретательный характер.

В приемном покое принимаются меры для купирования возбуждения. Беспокойные, агрессивные и склонные к побегу больные доставляются в отделе-

ние двумя сопровождающими, спокойные больные следуют в отделение в сопровождении одного санитара.

Лечебные отделения (в зависимости от мощности больницы) делятся на общепсихиатрические и специализированные.

Общепсихиатрические отделения принимают больных по территориальному принципу, т. е. из определенных районов, с тем, чтобы обеспечить наибольшую преемственность между медицинским персоналом психоневрологических диспансеров и отделений больницы в отношении лечения и наблюдения за больными, проживающими на обслуживаемой территории.

К специализированным психиатрическим отделениям относятся: соматогериатрическое (для соматически слабых больных и больных в позднем возрасте); для больных неврозами и пограничными состояниями; наркологическое (для больных алкоголизмом); наркологическое (для больных наркоманиями); детское; подростковое; туберкулезное; судебно-психиатрическое; изолятор для инфекционных больных. Специализированные отделения принимают только по профилю, независимо от территориальных участков.

Психиатрические отделения разделяются на мужские и женские. Их планировка, оборудование и меблировка должны быть приспособлены, с одной стороны, для обеспечения наибольшей безопасности больных, а с другой стороны — для ликвидации у больных чувства изолированности. Для этого в отделении предусматривается размещение двух секций, каждая из которых отвечает преимущественно одному из этих требований. В каждой секции, помимо палат на 1—4—6 коек, располагаются кабинет врача, процедурная, комната дежурной медицинской сестры, помещение для дневного пребывания больных, уборная, ванная, душевая, комната личной гигиены, курительная комната. Кроме того, в отделениях должны быть кабинет заведующего и комната старшей медицинской сестры, буфетная, столовая, помещение для трудовой терапии, помещение для встреч больных с родственниками, а также бельевая и санитарная комнаты, гардеробная для персонала. В детских и подростковых отделениях должны быть оборудованные классные комнаты.

Лечебно-диагностические отделения включают в себя: отделения функциональной диагностики, физио-

терапевтическое; рентгенологическое и патологоанатомическое; специализированные кабинеты – стоматологический, гинекологический, хирургический, офтальмологический, отоларингологический; лаборатории – патопсихологическую, электроэнцефалографическую, биохимическую, клиническую, бактериологическую и серологическую.

В настоящее время считается, что наиболее удобны психиатрические больницы на 600–800 коек. Однако существует значительное количество ранее построенных больниц как большей, так и меньшей мощности. Они вполне могут быть приспособлены к современным требованиям как в отношении структуры, так и новых функциональных задач (см. гл. 4).

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Основным звеном в организации наркологической помощи является наркологический диспансер, подчиняющийся в административном отношении республиканским, краевым, областным, городским или районным органам здравоохранения.

Задачи наркологического диспансера многообразны. Они включают в себя:

1) выявление и учет, лечение и динамическое диспансерное наблюдение за больными алкоголизмом и наркоманиями, оказание им социально-бытовой помощи;

2) проведение психогигиенической и профилактической работы на промышленных предприятиях, в колхозах и совхозах, в общежитиях, учебных заведениях, а также путем участия в работе комиссий по борьбе с пьянством и алкоголизмом при исполкомах Советов народных депутатов и на промышленных предприятиях, путем участия в антиалкогольной пропаганде на радио, телевидении и в печати;

3) осуществление анализа заболеваемости, разработка предложений по улучшению наркологической помощи населению;

4) оказание методической и консультативной помощи наркологическим кабинетам, лечебно-профилактическим учреждениям.

Структура наркологического диспансера. Наркологический диспансер имеет следующие подразделения:

1) участковые наркологические кабинеты, в которых работают психиатр-нарколог и медицинская сестра;

2) наркологические кабинеты и фельдшерские пункты на промышленных предприятиях, в совхозах и др.;

3) кабинет экспертизы опьянения, работающий круглосуточно;

4) специализированные кабинеты по невропатологии, терапии, психотерапии, психологии;

5) стационарное отделение, в которое принимаются больные алкоголизмом и алкогольными психозами;

6) отделения на промышленных, строительных, сельскохозяйственных и других предприятиях, в которые госпитализируются больные алкоголизмом, не имеющие ограничений в выполнении трудовых процессов;

7) дневной стационар и ночной профилакторий;

8) организационно-методический отдел.

Наркологический диспансер имеет тесные рабочие контакты с лечебно-профилактическими учреждениями, в том числе с учреждениями психиатрической службы, с предприятиями, учебными заведениями, с Домами санитарного просвещения, с наркологическими учреждениями системы Министерства внутренних дел (вытрезвители, лечебно-трудовые профилактории).

Обязанности фельдшера-нарколога. В медико-санитарных частях предприятий и на здравпунктах организуются наркологические кабинеты (наркопункты), в которых работает фельдшер-нарколог, являющийся организатором наркологической службы на предприятии.

В его обязанности входит:

1. Выявление среди рабочих и служащих предприятия лиц, злоупотребляющих алкоголем, привлечение их к лечению, организация общественного контроля за соблюдением больными алкоголизмом лечебного режима, организация наставничества над ними. Эти задачи фельдшер-нарколог решает в тесном сотрудничестве с администрацией, общественными организациями и комиссией по борьбе с пьянством и алкоголизмом.

2. Представление на освидетельствование психиатра-нарколога лиц, злоупотребляющих алкоголем и больных алкоголизмом, после чего фельдшер-нарколог ведет учет и динамическое наблюдение за ними. Осуществление активного поддерживающего лечения

больным, прошедшим курс лечения в наркологическом учреждении. Рациональное трудоустройство больных. Эти задачи решаются под руководством психиатра-нарколога.

3. Участие в работе комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом, ведение психогигиенической и профилактической санитарно-просветительной работы.

ПАТРОНАЖ

Психически больным, которым дальнейшее пребывание в психиатрической больнице не показано, но в то же время нуждающимся в долечивании в условиях семьи или производственно-трудового коллектива (колхоза, совхоза), может быть назначен патронаж.

Сущность патронажа заключается в том, что психоневрологический диспансер (или больница) обеспечивает проведение внебольничных лечебных мероприятий, а семья или производственно-трудовой коллектив создает необходимые условия по наблюдению, уходу за больными, а также предоставляет соответствующие бытовые условия и питание. Семья или производственно-трудовой коллектив, принявшие больного на патронаж, получают ежемесячное денежное вознаграждение.

Между лечебным учреждением и главой семьи или руководителем производственно-трудового коллектива заключается договор о патронировании. Медицинское наблюдение за состоянием больных и наблюдение за выполнением договора осуществляет медицинская сестра социальной помощи. Не реже 1 раза в квартал больной осматривается участковым психиатром.

ОПЕКА

Некоторые хронические психические заболевания, особенно выраженные состояния врожденного или приобретенного слабоумия, приводят к тому, что больные не могут понимать значения своих действий или руководить ими. В таких случаях на основании результатов судебно-психиатрической экспертизы суд может признать больного недееспособным. Для охраны его законных прав, интересов и имущества может быть установлена опека.

Опекунский совет при исполкоме Советов народных депутатов назначает опекуна из числа родственников

больного или при их отсутствии — лицо, рекомендованное общественными организациями.

Опекуну выдается опекунское удостоверение, подопечный вписывается в его паспорт. Собственный паспорт подопечного сдается в отделение милиции. Составляется опись имущества подопечного. Его денежные средства помещаются в сберкассу. Их расход опекун может производить только с разрешения опекунского совета с предоставлением отчета.

Психоневрологический диспансер ведет наблюдение за состоянием и условиями жизни больного, которое осуществляется сестрой социальной помощи.

В случаях стойкого улучшения состояния больного, находящегося под опекой, суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы может признать подопечного вновь дееспособным. Опекунский совет отменяет установленную над больным опеку.

УСЛОВИЯ РАБОТЫ И ОХРАНЫ ТРУДА В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

К работе по обслуживанию психически больных не допускаются лица в возрасте до 18 лет, а также страдающие психическими заболеваниями и алкоголизмом. Все принятые на работу проходят инструктаж, в котором разъясняются специфические особенности работы в психиатрических учреждениях и правила внутреннего распорядка для персонала. Учитывая, что психические расстройства сопровождаются нарушениями поведения, при смене дежурств медицинские сестры и санитары распределяются по постам, и им сообщаются особенности состояния и поведения больных для предупреждения случаев нападения больных на персонал. В каждом отделении ведется журнал для записи телесных повреждений, нанесенных больными персоналу. Несчастные случаи, вызвавшие утрату трудоспособности на один и более дней, расследуются в соответствии с Положением о расследовании и учете несчастных случаев на производстве, утвержденным постановлением Президиума ВЦСПС от 20 мая 1966 г. № 15. В связи с производственной вредностью медицинские работники психиатрических отделений получают надбавку к заработной плате и дополнительный отпуск.

СХЕМА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Психические расстройства	Доврачебная помощь	Медицинская помощь	Госпитализация	Ссылки на страницы руководства
Алкогольный абстинентный синдром	Наблюдение за психическим и соматическим состоянием (возможность депрессии, возбуждения, падения сердечной деятельности). Большие дозы витаминов	Седуксен или элениум. Левомепромазин (на ночь). Сульфат магния 10 мл 25% раствора внутримышечно. Внутривенное вливание глюкозы. Большие дозы витаминов, особенно группы В	При выраженной абстиненции с целью предупреждения осложнений	58, 110, 134–136, 138, 144, 180–182
Аментивный синдром	Организация надзора: дома – неотступное наблюдение, удержание; в непсихиатрическом стационаре – перевод в изолированную палату, индивидуальный пост	Клизма из 40 мл 25% раствора сульфата магния в 50 мл дистиллированной воды. Инъекция аминазина	Госпитализация в психиатрический стационар в сопровождении медицинских работников. В непсихиатрическом стационаре – лечение на месте	38, 109, 136, 144, 180, 182
Бредовые синдромы	Организация надзора: дома – неотступное наблюдение, при возбуждении – удержание; в непсихиатрическом стационаре – перевод в изолированную палату, индивидуальный пост. Уговорить больного принять 30–50 капель настойки валерианы, 1–2 таблетки любого снотворного препарата	Инъекции галоперидола, трифтазина, аминазина или левомепромазина	При выраженной бредовой настроенности или активном высказывании бредовых идей – неотложная госпитализация в психиатрический стационар	18–21, 32, 33, 53–55, 63, 75, 76, 79, 84, 92, 144, 180–182
Возбуждение: острое психомоторное	Удержание или фиксация больного. В непсихиатрическом стационаре перевод в изолированную палату, освобожденную от лишних предметов и мебели	Инъекции аминазина, левомепромазина, галоперидола или триседила	Госпитализация в психиатрический стационар в сопровождении медицинских работников. Больные с тяжелыми соматическими заболеваниями или ожогами лечатся по месту их госпитализации	34, 35, 133, 134, 136, 137, 144, 180–182

маниакальное	Изоляция больного в отдельное помещение. Уговорить принять 0,25 г барбамила или 2 столовые ложки 3–6 % раствора бромида натрия	Инъекции галоперидола, триседила, аминазина или левомепромазина	Неотложная госпитализация в психиатрический стационар в сопровождении медицинских работников	31, 32, 34, 86–88, 133, 134, 136, 137, 144, 180–182
Галлюциноз	Изоляция больного в отдельное безопасное помещение. При нарастании возбуждения – удержание или фиксация. Уговорить больного принять 1–2 таблетки какого-либо снотворного, лучше из группы барбитуратов	Внутрь или внутримышечно – аминазин, левомепромазин, галоперидол	При наличии соматических или инфекционных заболеваний – лечение в соответствующем стационаре. При обострении галлюцинаций у психически больных – госпитализация в психиатрический стационар в сопровождении медицинских работников	14–16, 53, 62, 65, 75 76, 136, 137, 144, 180–182
Делирий: алкогольный	Изоляция больного в отдельное, безопасное помещение. Удержание. Уговорить больного принять 20–30 капель настойки валерианы и 1–2 таблетки любого снотворного средства	Седуксен внутривенно. Большие дозы витаминов. Стимуляция сердечной деятельности. Малые дозы инсулина. При отсутствии седуксена – левомепромазин или аминазин	Неотложная госпитализация в психиатрическую больницу в сопровождении медицинских работников. Перед транспортировкой – введение транквилизаторов и кордиамина или кофеина	37, 38, 61, 62, 108, 136, 137, 139, 180–182
инфекционный	То же	То же	Госпитализация в инфекционную больницу	37, 38, 48, 136, 137, 139, 180–182
Депрессия	Перевод больного в отдельное безопасное помещение. Неотступное наблюдение с целью предотвращения суицидальных действий	Введение амитриптилина или мелипрамина	Неотложная госпитализация в психиатрический стационар больных эндогенной депрессией и больных реактивной депрессией с суицидальной настроенностью	32, 55, 78, 88, 91, 92, 137, 138, 180–182
Дисфория	Наблюдение, при необходимости – удержание	Инъекция аминазина; 15–30 мл 3% раствора хлоралгидрата внутрь	При затянувшейся дисфории – госпитализация в психиатрический стационар	25, 75, 77, 136, 180–182

Продолжение

Психические расстройства	Доврачебная помощь	Медицинская помощь	Госпитализация	Ссылки на страницы руководства
Суицидальная настроенность	Надзор, обеспечивающий невозможность совершения суицидальных действий (удаление опасных предметов, закрытие окон, дверей и т. д.). Если больной говорит о своих суицидальных намерениях – спокойное выслушивание, разумное разубеждение	Введение аминазина или седуксена. Хлоралгидрат в клизме (100 мл 3% раствора или 50 мл 6% раствора)	Госпитализация в психиатрический стационар в сопровождении медицинских работников или родственников больного	136, 139, 180–182
Сумеречное расстройство сознания	Перевод больного в отдельное безопасное помещение. Удержание, при необходимости – фиксация. Больным эпилепсией – прием антиэпилептического препарата и аминазина	Инъекция аминазина или левомепромазина. Клизма из хлоралгидрата (100 мл 3% раствора или 50 мл 6% раствора). При отсутствии этих препаратов – медленное внутривенное вливание 2–10 мл 2,5% раствора гексенала	Госпитализация в психиатрический стационар в сопровождении медицинских работников	39, 75–77, 136, 180–182
Эпилептические генерализованные припадки	Обезопасить больного от ушибов при падении и судорогах; растегнуть одежду; вставить между коренными зубами резиновый жгут или обернутый марлей предмет во избежание прикуса языка	При одиночном припадке специальных дополнительных мер не требуется	При одиночных припадках срочная госпитализация не требуется	35, 73, 74, 77, 78
Эпилептический статус		Очистительная клизма. Клизма из хлоралгидрата (50 мл 3% раствора). Седуксен внутривенно. При отсутствии седуксена – внутривенное введение аминазина	Срочная госпитализация в неврологическое отделение	77, 78, 136, 139

ОГЛАВЛЕНИЕ



Борис Алексеевич Лебедев,
Владимир Владимирович Дунаевский

Психические расстройства и уход за больными

Редактор *Г. В. Зеневич*
Редактор издательства *Н. В. Федоровская*
Художественный редактор *Н. Д. Молодцова*
Технический редактор *Л. И. Данилова*
Корректор *Р. И. Гольдина*

ИБ № 2425

Сдано в набор 16.03.81. Подписано в печать 17.07.81. Формат бумаги 84 × 108[1]/[32]. Бумага типографская № 2. Гарнитура таймс. Печать высокая. Уч.-изд. л. 9,97. Усл. кр.-отт. 10,395. Усл. л. 10,08. Тираж 30 000 экз. Заказ № 1809. Цена 55 коп.

Ленинград, ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Ленинградское отделение 191104. Ленинград, ул. Некрасова, 10.

Ордена Октябрьской Революции, ордена Трудового Красного Знамени Ленинградское производственно-техническое объединение «Печатный Двор» имени А. М. Горького Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, 197136, Ленинград, П-136, Чкаловский пр., 15.

55 коп.

Б. А. Лебедев, В. В. Дунаевский

БСМ